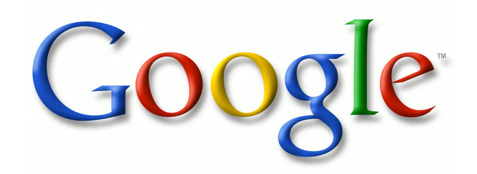
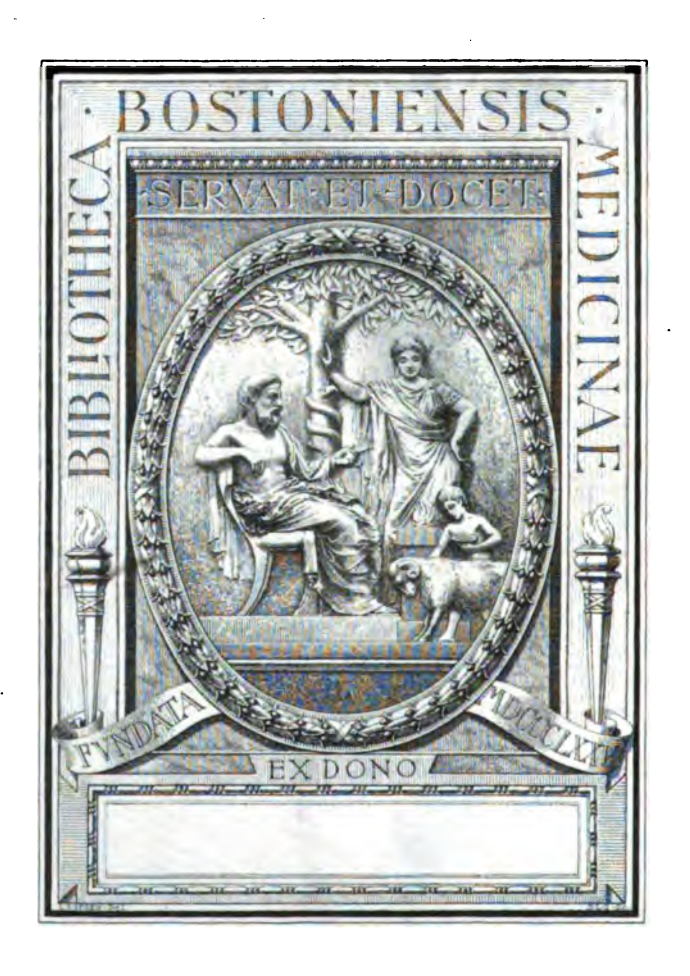




BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FUNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO







Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

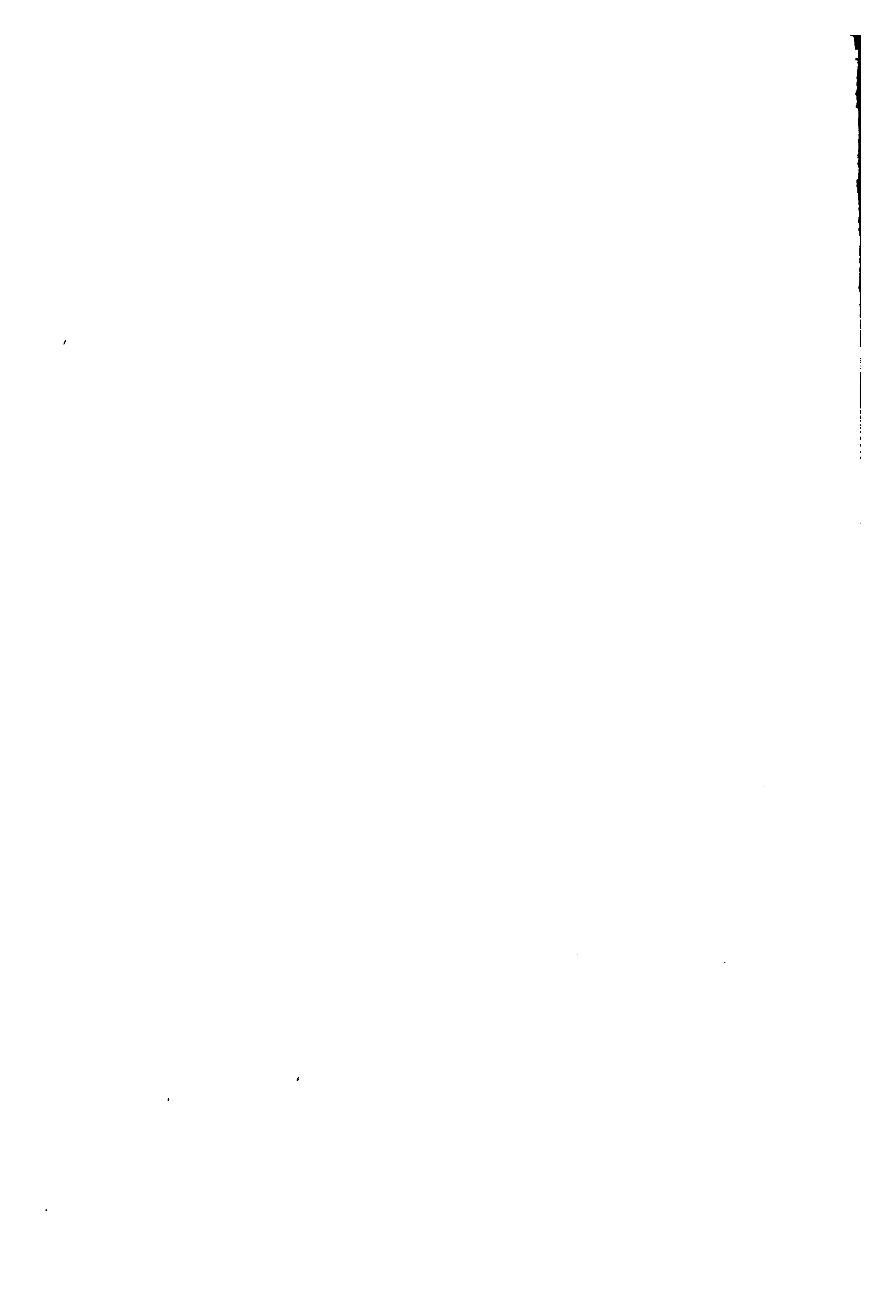
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.
Nr. 27—52.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

1906.



Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE



herausgegeben von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 27. **Sonnabend, den 7. Juli.** **1906.**

Inhalt.

Vom 35. Chirurgenkongreß.

Referiert von Dr. **Julius Sonnenfeld.**

In der ersten Aprilwoche tagte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie im Langenbeckhause unter dem Vorsitz von Körte-Berlin.

Das Hauptinteresse konzentrierte sich diesmal auf die Erörterung der kriegschirurgischen Erfahrungen, die auf dem russisch-japanischen Kriegsschauplatze gesammelt worden sind. Den Fachkollegen boten aber mehr Interesse einige Vorträge auf anderen Gebieten. So sprach

Krönig (Freiburg) über Rückenmarksanästhesie bei Laparotomien im Skopolamin-Dämmerschlaf.

K. glaubt, daß die Rückenmarksanästhesie in ihrer verbesserten Form, d. h. mit Anwendung ungefährlicherer Mittel, wie Stovain, Alypin, Novokain bei Laparotomien und gynäkologischen Operationen bisher deshalb sowenig angewandt wurde, weil es bisher nicht gelang, die störenden, begleitenden Umstände auszuschalten: Die Analgesie war zwar eine vollkommene, aber störend für Arzt und Pat. war es, daß der Pat. alle Vorgänge bei der Operation innerhalb seines Leibes bei vollem Bewußtsein mit verfolgen konnte. K. hat deshalb die Rückenmarksanästhesie mit dem von ihm bereits in der Geburtshilfe mit Erfolg verwendeten Skopolamin-Dämmerschlaf kombiniert. Nach dieser Methode hat K. in etwa 10 Wochen eine Serie von 160 größeren geburtshilflichen und gynäkologischen Operationen ausgeführt, darunter 65 abdominelle, 28 vaginale mit Eröffnung der Bauchhöhle; auch Darmresektionen, Gallenblasenoperationen, Nephrektomien wegen

Nierentuberkulose sind in dieser Mischnarkose von ihm vorgenommen worden. Die Technik ist folgende: Etwa 2 Stunden vor Beginn der Operation erhält die Pat. eine Mischung von 3 dcmg Skopolamin plus 1 cg Morphium; nach 1 Stunde wird diese Einspritzung wiederholt. Ist nach Ablauf einer weiteren Stunde der Dämmerschlaf noch nicht eingetreten, so wird kein Morphium mehr gegeben, sondern Skopolamin in ganz kleinen Dosen von $1^1/_2$ dcmg, doch höchstens bis 9 dcmg. Bei sehr dekrepiden Individuen setzt K. die Skopolamindosis auf $4^1/_2$ dcmg und die Morphiumdosis auf $1^1/_2$ cg herab. Inhalationsnarkose wurde nur notwendig bei versuchsweisen Alypininjektionen, dagegen nie bei Stovaininjektionen. Da gerade die Sinneseindrücke der Gehörs- und Gesichtsempfindungen den Dämmerschlaf stören, bekommen die Kranken eine Brille mit großen dunkelschwarzen Gläsern aufgesetzt, ferner Antiphone in die Gehörgänge gesteckt und große Gummiplatten über die Ohrmuscheln. Versuche mit Telephonen, in welchen ein beständig knackendes Geräusch durch unterbrochenen Induktionsstrom erzeugt wird, um so den Acusticus perzeptionsunfähig zu machen, sind noch im Gange. Der Hauptvorteil dieser Mischnarkose besteht darin, daß Erbrechen nach der Operation äußerst selten vorkommt — unter 160 Fällen nur 6 — und postoperative Bronchitis in keinem einzigen Falle beobachtet worden ist.

Döderlein (Tübingen) berichtet über: Bakteriologische Experimentaluntersuchungen über den primären Keimgehalt der Operationswunden mit einem neuen Vorschlage zu dessen Verhütung.

Bakteriologische Untersuchungen bei 100 Laparotomien ergaben, daß trotz peinlichster Asepsis, Gebrauch von Gummihandschuhen, Gummimanschetten, Gesichtsmaske, Küstner'schem Gummituch zum Abdecken des Operationsfeldes, sowohl Bauchhöhle wie Bauchwunde in jedem Falle keimhaltig wurden. D. glaubt daher, in Übereinstimmung mit Brunner, Schenk, Lichtenstern, daß als hauptsächlichste Infektionsquelle für die Operationswunden die Haut des Operationsgebietes selbst, für Laparotomien also die Bauchhaut in Betracht kommt. Um nun die Haut an der Abgabe der Bakterien zu verhindern, empfiehlt D. folgendes Verfahren: Nach der üblichen Vorbereitung der Pat. durch Baden, Abseifen und Rasieren wird die Haut des Operationsfeldes und der angrenzenden Partien unmittelbar vor der Operation mit Formalinbenzin oder Jodbenzin (Heussner) abgerieben und dann mit reiner Jodtinktur bepinselt. Über diesem Jodanstrich wird dann durch eine sorgfältig hergestellte, sterilisierte Gummilösung eine mit der Haut sich fest verbindende Gummimembran erzeugt. Nach wenigen Minuten ist die Gummilösung auf der Haut durch Verdampfen des Benzins getrocknet, durch Bestreuen mit sterilisiertem Talkum wird ihre Klebrigkeit beseitigt, und es ist jetzt eine dünne, glatte, glänzende, sterile Gummimembran fest mit der Haut verbunden, die über die Dauer der Operation hinweg die Keimabgabe der Haut zuverlässig verhindert. Zahlreiche, vom Redner demonstrierte Kulturproben zeigen die Keimfreiheit solcher unter vollem Gummischutz ausgeführter Operationen. Redner schließt damit, daß durch Ausschalten dieser letzten Infektionsquelle das von Lister erstrebte Ideal keimfreien Operierens erreicht sei.

Dreesmann (Köln) spricht zur Tampondrainage der Bauchhöhle.

Redner empfiehlt die Anwendung von Glasröhren von 1—4 cm Durchmesser und 5—20 cm Länge, die unten geschlossen sind und seitliche Öffnungen nicht über 0,2 cm Durchmesser haben. Die Gaze kommt in das Glasrohr und kann nach Bedürfnis mehrmals am Tage ohne Schwierigkeit und ohne Belästigung des Pat. gewechselt werden. Außerhalb der Glasröhren kommt keine Gaze in die Bauchhöhle, abgesehen von Fällen, in denen eine stärkere Nachblutung zu befürchten ist. Wenn die Öffnungen im Rohre zu groß sind, oder die Gaze letzteres nicht genügend ausfüllt, drängen sich in seltenen Fällen — 3—4mal unter 200 Fällen — Netz oder Granulationen durch die Öffnungen in das Rohr; durch rotierende Bewegung läßt sich aber dasselbe dann leicht entfernen. Darmnekrose tritt auch nach den Erfahrungen anderer nicht ein. Das Glasrohr muß lediglich an die äußere Haut angenäht werden.

An der Diskussion über die von Bier inaugurierte Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen beteiligte sich eine große Anzahl von Rednern. Aus den meisten Vorträgen klang die volle Anerkennung des Verfahrens heraus, andererseits kamen auch eine Anzahl von Mißerfolgen zur Beobachtung. Lexer (Königsberg) betonte besonders, daß selbst bei großer Erfahrung die Auswahl der Fälle, die sich für dieses Verfahren eignen, außerordentlich schwierig ist. Thöle (Danzig) zeigte sich als prinzipieller Gegner der Methode.

Zum Vorsitzenden für den nächsten Kongreß wurde Riedel (Jena) gewählt.

Originalien.

I.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig.)

Die unmittelbare Messung der Conjugata obstetricia.

Von

P. Zweifel.

Je mehr die Indikationsstellung zu den einzelnen geburtshilflichen Operationen eine exakte Kenntnis der Conj. vera voraussetzt, um so größer wird das Bedürfnis nach einem genauen und einfachen Meßinstrument.

Der jüngst empfohlene Beckenmesser von Bylicki[1] besitzt zwar die Genauigkeit, aber die Einfachheit nicht; denn 13 Meßstäbe bzw. bei der Abänderung von Gauss 18 solche in einem Kasten, welcher mit Inhalt 2550 g wiegt, und dies alles ausschließlich zur Messung der Conj. vera dienlich, werden kaum außerhalb der geburtshilflichen Kliniken und entsprechender Anstalten Verbreitung finden.

Und doch ist es wünschenswert die Verwertung des Gedankens, welcher diesem Meßapparate v. Bylicki's zugrunde liegt, auch in der allgemeinen geburtshilflichen Praxis zu ermöglichen, und dieser Wunsch scheint nicht unerfüllbar, wenn es gelingt, demselben mit einem einzelnen handlichen Instrument gerecht zu werden.

Der von Gauss[2] verbesserte Meßapparat von Bylicki besteht aus 18 Winkelhebeln von wachsender Länge, und zwar zum Teil um je 0,5, zum Teil um je 0,25 cm verschieden. Es wiederholt sich also 18mal der gleiche Griff und der gleiche Winkel, so daß nur die Stäbe verschieden lang sind. Unmittelbar drängt sich der Gedanke auf, die verschieden langen Meßstäbe in den einen Halter an entsprechender Stelle einzuschrauben. Das Instrument würde damit vereinfacht, die Messung ließe sich ebenso genau ausführen, wie mit dem ganzen Apparat, aber es hängt ihm der Zeitverlust und die Unbequemlichkeit an,

---

[1] L. v. Bylicki (Lemberg). Über eine Methode, den geraden Beckeneingangsdurchmesser mittels einer Skala von Winkelhebeln zu messen. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Ergänzungshft. des XX. Bandes 1904. p. 441.

[2] Gauss, Zur instrumentellen direkten Messung der Conj. obstetr. Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie 1905. Bd. LIV. Hft. 1. p. 19.

die jedem verschraubbaren Instrument unabänderlich anhaften, und die es fraglich erscheinen lassen, ob es genug geduldige Ärzte finden wird, welche Zeitverlust und Umständlichkeit der Schraubeneinrichtung ertragen mögen[3].

Es muß, um billige Wünsche zu befriedigen, eine leicht zu bewirkende Schiebung eines Maßstabes mit sicherer Führung und Feststellung desselben als Ziel der Verbesserungsbestrebungen vorschweben, wenn eine rasche und genaue Messung mit einem einzelnen Instrument ausführbar sein soll.

Wie weit das jetzt vorzulegende Instrumentchen diesen Anforderungen entspricht, entscheidet erst das Urteil anderer. Einfach ist es, und nach der eigenen, oft erprobten Verwendung gelingt damit die unmittelbare Messung der Conj. obst. mit noch größerer Genauigkeit, als mit dem Instrumentarium von Bylicki-Gauss und ohne größere Belästigung für die Frauen.

Die Bestandteile des Instrumentes sind ein Meßstab und ein Halter, welcher letztere die Führung für den ersteren trägt. Da die engste Stelle der Sagittalebene gemessen und der am Halter befestigte Meßknopf an den inneren oberen Rand der Symphyse angelegt werden soll, muß der Winkelhebel um die Höhe der Symphyse nach oben abgebogen sein, wie beim Beckenmesser v. Bylicki's.

Aber auch der Meßstab muß diese Abbiegung besitzen, um die Messung in der Linie der Conj. vera vornehmen zu können. Derselbe ist innerhalb der Führung des Halters verschieblich, aber nicht lose beweglich, sondern durch einen Hebel in jeder beliebigen Entfernung festzuhalten. Diese Arretierung ist dadurch erreicht, daß der Meßstab an seiner Unterfläche in Millimeterabstand Kerben besitzt, in die ein Widerhaken eingreift. Der Widerhaken hinwieder sitzt am kurzen Arm eines Hebels und wird durch eine Druckfeder ohne weiteres Zutun gegen die Kerbung gedrückt, so daß der Meßstab wohl nach vorwärts geschoben, aber nicht zurückgezogen werden kann, ohne daß durch einen Druck des Fingers die Feder ausgeschaltet wird.

Aber auch ein unfreiwilliges Ausziehen des Meßstabes, z. B. durch Verfangen beim Herausnehmen aus der Vagina, wird leicht verhütet, wenn man den Finger in dem Sinne stärker auf den Hebel drückt, daß die Wirkung der Feder verstärkt wird.

Die Anwendung ist gleich wie sie Gauss für den Beckenmesser von Bylicki angegeben hat.

Es wird das geschlossene Instrument unter Leitung einer Hand — nehmen wir an der linken — in die Vagina eingeführt, dann der Knopf auf dem vorspringendsten Punkt der Symphyse angesetzt und mit den ausgestreckten zwei Fingern — Zeige- und Mittelfinger, das Promontorium aufgesucht. Die andere, also die rechte Hand schiebt

---

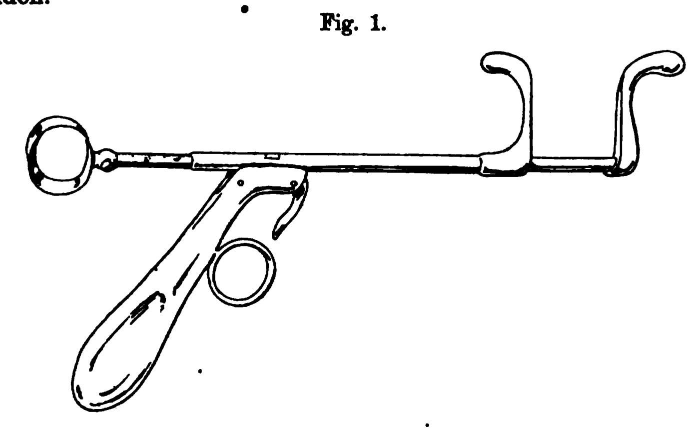
[3] Ein Instrument mit einer Schraubenvorrichtung ist nach der Abfassung dieses Manuskriptes von Faust (Zentralblatt für Gynäkologie 1906 p. 622) beschrieben worden.

mit Hilfe des Daumens den Meßstab unter Deckung der Linken an das Promontorium und sucht die Distanz aus, welche dem hinteren Meßknopf beim Senken des Instrumentes gerade noch gestattet am Promontorium vorbei zu gehen. Dann drückt der Zeigefinger der rechten Hand stark auf den Hebel, um den Meßstab bei der gefundenen Entfernung festzuhalten, und das Instrument wird unter Deckung der Linken herausgenommen. Wenn auch die Ablesung schon während der Messung möglich ist, so wird sie dadurch viel bequemer und auf Millimeter genau bei Licht ausführbar.

Bemerken möchte ich noch, daß die Krümmung der vorderen Abbiegung stärker ist als an den Winkelhebeln des von Gauss abgeänderten Beckenmessers von Bylicki, und zwar um die Weichteile am unteren Rande der Symphyse — Klitoris und Harnröhre — mehr zu schonen.

Es ist selbstverständlich, daß dieses Instrument schon Vorläufer hat, bei denen es aber bisher, wie Schreger[4] schon vor 100 Jahren und Gauss neuerdings bemerkte, noch nie gelungen ist, mit der Bequemlichkeit der Konstruktion auch eine einwandfreie Genauigkeit zu verbinden.

Fig. 1.



Coutouly legte der Académie de chirurgie (am 30. April 1778) ein Instrument zur direkten Messung der Conj. vera vor, welches von Schreger[4] abgebildet und beschrieben ist. Ein ähnliches ist von Desberger angegeben und abgebildet in dem Atlas zur Geburtskunde von Busch Taf. XXXVIII Fig. 270. Daß das jetzt vorgelegte Instrument, auch wenn es denselben Gedanken verfolgt, gerade in technischer Beziehung etwas völlig anderes ist, beweist ein Vergleich mit den alten Abbildungen.

Natürlich ist bei allen Instrumenten zur direkten Messung eine Spannung der Scheide unvermeidlich und hat schon Gauss dies für den Bylicki'schen Beckenmesser als Schattenseite empfunden.

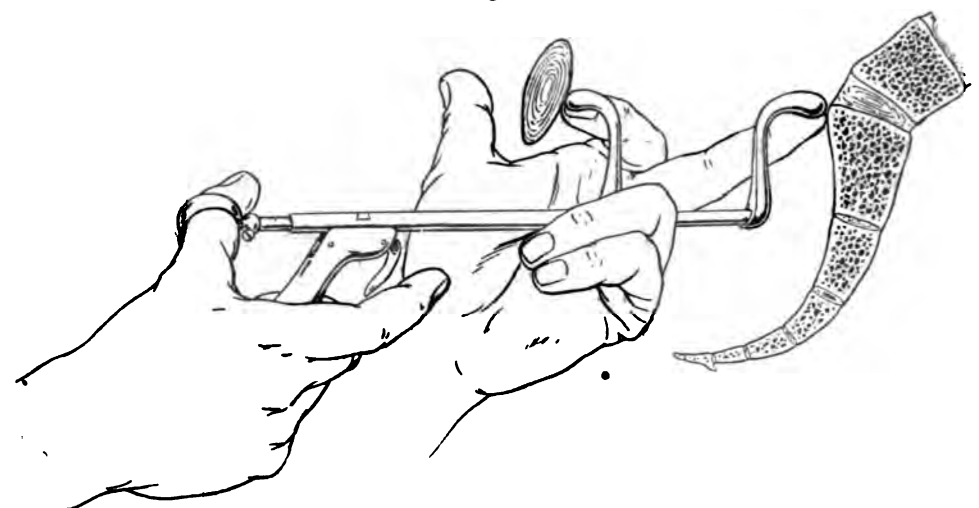
---

[4] Schreger, Professor der Chirurgie in Erlangen. Über die Werkzeuge der Entbindungskunst. Erlangen, 1799. Taf. II. Fig. 6.

Das kann bei Erstgebärenden gelegentlich empfindlich sein, aber mit dem vorliegenden Instrumente nicht wesentlich mehr, als mit demjenigen von Bylicki-Gauss. In dieser Hinsicht ist die Messung nach Skutsch schonender, aber sie braucht die Hilfe einer zweiten Person und hat mehr Fehlerquellen.



Fig. 2.



Die beigegebenen Abbildungen geben ein klares Bild des Instrumentes und seiner Anwendung zur Bestimmung der Conj. obstetricia. Freilich vermag der zurückgeschlagene Zeigefinger nur bei hochgradig verengten Becken den hervorspringendsten Punkt der Symphyse direkt zu berühren, wenn der Mittelfinger am Promontorium liegt, und muß bei weniger engen der vordere Knopf des Beckenmessers zuerst vorn angelegt und dann von den ausgestreckten zwei Fingern in seiner Lage festgehalten werden, wenn man den Meßstab an das Promontorium vorschiebt. Dieser Beckenmesser wird von der Firma Alex. Schädel in Leipzig, Löhrshof, Reichsstraße, verfertigt.

II.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Freiburg i. Br. Direktor: Prof. Dr. Krönig.)

Eine vereinfachte und verbesserte Beckenmessung.

Von

Dr. C. J. Gauss,

Assistent der Klinik.

In Nr. 22 d. Bl. veröffentlicht Faust unter dem Titel »Eine Vereinfachung der von Bylicki'schen Beckenmeßmethode« eine Modifika-

tion der v. Bylicki'schen Winkelhebel, die darin besteht, daß ein $6^1/_2$ cm langer Meßstab durch Abschrauben einer über ihn greifenden Hülse bis auf $11^1/_4$ cm verlängert werden kann, wodurch ein Besteck verschiedenen langer Meßstäbe überflüssig würde.

Da eine das gleiche Thema behandelnde Abhandlung von mir schon seit Wochen im Schoße der Münchener med. Wochenschrift auf die Drucklegung wartet, so möchte ich Veranlassung nehmen, an dieser Stelle einige kurze Bemerkungen an die Mitteilung von Faust zu knüpfen.

Seit meiner im Januar 1905 erfolgten Publikation über die Anwendung der v. Bylicki'schen Beckenmessung habe ich nicht aufgehört, praktisch und theoretisch an der Frage zu arbeiten, wie man das voluminöse, schwere und teure Meßinstrumentarium v. Bylicki's zu einem einfachen, leichten und billigen Meßinstrument vereinfachen könnte. Ich war der Überzeugung, daß ohne triftigen Grund nicht von den andrerorts festgelegten Grundlagen einer instrumentellen direkten Messung der Conjugata obstetrica abgegangen werden solle, so daß sich die von mir nacheinander konstruierten Modelle im Prinzip an die v. Bylicki'sche Meßmethode hielten; das relativ beste war der Modifikation von Faust sehr ähnlich, unterschied sich aber meines Erachtens dadurch vorteilhaft von ihm, daß die von Faust zugegebenen Nachteile der Schraubenmechanik durch eine zweckmäßige Vorrichtung umgangen war. Dieses vor nunmehr Jahresfrist konstruierte Modell verwarf ich jedoch wieder aus mehreren für mich schwerwiegenden Gründen. Da ich dieselben Gründe auch gegen das von Faust modifizierte Instrument ins Feld führen muß, so darf ich auf sie hier wohl näher eingehen.

Ich bin selbst immer der Ansicht gewesen, daß das v. Bylickische Instrumentarium zu umfangreich, zu schwer und zu teuer sei, als daß es für die allgemeinere Praxis in Aufnahme kommen würde; dafür muß man ihm aber zwei große Vorteile unumwunden zuerkennen: die Möglichkeit exakter Messungen und die Möglichkeit leichter und penibelster Reinhaltung.

Was den ersten Punkt — die Möglichkeit exakter Messungen — betrifft, so freue ich mich, daß Faust meine Meßgenauigkeit noch übertrifft. Es ist dies Genauermessen aber lediglich die Folge des verstellbaren Instrumentes, nicht etwa, wie man nach Faust's Mitteilung glauben könnte, des modifizierten Instrumentenhalses.

Nach meinen Erfahrungen kommt ein Heraufgleiten des Instrumentenhalses von einem Symphysensporn nur selten vor, da mein Modell — entgegen dem v. Bylicki's — einen sehr niedrigen Hals hat, so daß ein Ausgleiten nach oben durch Anstemmen des horizontalen Griffteiles an die Symphyse verhindert wird; für die wenigen Fälle, wo ein Symphysensporn weniger als 4 cm vom unteren Symphysenrand entfernt liegt — hier könnte das Instrument tatsächlich nach oben abgleiten —, ist Faust's Modifikation des Halses zweifellos imstande, die Fehlerquellen der Messung zu verringern. Ich bin

durch dieselben Überlegungen zum gleichen Schluß gekommen und besitze daher eine ähnliche Konstruktion an meinem neuen Beckenmesser.

Viel häufiger dagegen gleitet der Halsteil an der schiefen Ebene der hinteren Symphysenwand nach unten ab. Gegen diesen Fehler sichert nur eine genaue und wiederholte Kontrolle der Lage des Instrumentes durch die touchierenden Finger. Ich habe in meiner früheren und der kommenden Publikation eingehend auf die Vermeidung dieser Fehler aufmerksam gemacht.

Auf den zweiten der beiden Vorteile — die Möglichkeit leichter und penibelster Reinhaltung — verzichtet Faust für sein Instrument meines Erachtens zugleich mit der Anwendung seiner Verschraubung vollkommen.

Ich kann mir nicht vorstellen, daß ein viel benutztes Instrument — ich habe im Stationsdienst der letzten 3 Monate laut Journal bei 83 Pat. gemessen — auf die Dauer sauber und gebrauchsfähig bleibt, wenn die Länge der durch die Hülse gedeckten Schraube und die Enge der durch den Hohlstab hergestellten Schraubenmutter eine mechanische Reinigung des Instrumentes schwer oder unmöglich machen. Für die einwandfreie Sterilisation der Instrumente bleibt aber ihre möglichst glatte Oberfläche und die daraus resultierende Möglichkeit einer exakten mechanischen Reinigung eine Vorbedingung, die für unsere instrumentelle Technik vorläufig nicht unbeachtet bleiben darf. Daß ein leichter Gang der Schraubenmechanik durch diese Bedenken ebenfalls in Frage gestellt ist, hat Faust selbst schon angedeutet.

Bei der Prüfung des Faust'schen Modells an 10 Pat. bin ich außerdem zu der Überzeugung gekommen, daß sich das Schrauben an dem durch Vaginalsekret schlüpfrigen Instrument mit der (nach unserer Vorschrift eingefetteten und eventuell noch behandschuhten) Hand sehr unbequem ausführen läßt, zumal die Schraubmechanik von 7 cm an aufwärts sehr wackelig wird. Ob die leichte Bauart des Faust'schen Instrumentes nicht auch bei längerem Gebrauch, besonders da es als Hebel angewandt wird, Schaden leidet, kann ich noch nicht entscheiden.

Eine Modifikation im Sinne des Faust'schen Instrumentes habe ch sodann noch aus einem zweiten Grunde wieder fallen lassen. Um Meßfehler zu vermeiden, müßte die jedesmalige Verstellung des Instrumentes außerhalb der Vagina erfolgen. Da hierzu beide Hände nötig sind, so muß die touchierende Hand jedesmal herausgenommen und wieder eingeführt werden. Gegen die bisherige Meßmethode, bei der die touchierende Hand trotz mehrfach gewechselter Meßstäbchen liegen bleibt, bedeutet diese Notwendigkeit eine unangenehme Mehrbelästigung der Pat. und eine Verschlechterung der Asepsis.

Somit blieben von den Vorzügen einer Neukonstruktion im Sinne der Faust'schen Modifikation fast nur die geringeren Herstellungskosten.

Um den Preis der darum aufgegebenen Vorteile des alten Meß-

besteckes habe ich mich nicht entschließen können, eine Vereinfachung vorzunehmen, die nicht zugleich eine Verbesserung ist.

Meinem Suchen nach einem vereinfachten und verbesserten Instrument hat auch eine längere Reihe von Fehlkonstruktionen und Mißerfolgen nicht Einhalt getan. Seit nunmehr 8 Monaten habe ich ein neues, und wie ich glaube, hohen Anforderungen genügendes Modell im Gebrauch; die Beschreibung seiner Bauart, Handhabung und Leistungen muß binnen kurzem in der Münchener med. Wochenschrift erfolgen[1]. Ich habe geglaubt gerade jene Zeitschrift wählen zu sollen, weil ich überzeugt bin, daß mein Beckenmesser sich in jeder Hinsicht auch für die allgemeine geburtshilfliche Praxis eignet.

Seine dort näher begründeten Vorzüge sind kurz folgende:

1) Das Instrument gestattet die direkte Messung jeder Conj. obstetr. zwischen 6 und $11^1/_2$ cm.

2) Die Einstellung des Instrumentes auf die der Conj. obstetr. entsprechende Größe, sowie die der Exaktheit wegen prinzipiell angeschlossene Kontrollmessung ist ohne jedesmalige Herausnahme des Beckenmessers aus der Vagina, also unter größtmöglichster Schonung der Pat. auszuführen.

3) Die Exaktheit der mit dem Instrument vorgenommenen Messungen übertrifft die von der v. Bylicki'schen Methode her bekannte durch die Festlegung der Conj. obstetr. auf $^1/_8$ cm.

4) Das Instrument ist klein, handlich, solide, exakt zu reinigen und preiswert.

III.

(Aus dem Frauenspital Basel-Stadt.)

Farabeuf's Beckenmesser.

Von

Otto v. Herff.

Mit der Erkenntnis, daß die Berechnung der Conjugata vera aus der Conjugata diagonalis sehr unsichere Werte ergibt, werden immer zahlreichere Versuche angestellt, Beckenmesser zu finden, die eine unmittelbare Messung des geraden Beckendurchmessers in leichter und in dabei die Schwangere nicht belästigender Weise gewährleisten sollen. Unter diesen Beckenmessern hat sich jenes Prinzip als eines der fruchtbarsten und besten erwiesen, bei dem am vorderen Ende einer Geraden, die in der Richtung der Conjugata diagonalis liegt, eine zweite Gerade rechtwinklig aufgesetzt wird. Die Entfernung beider Enden gibt die gesuchte Länge der Conjugata vera. Dieses Prinzip wurde meines Wissens zuerst von Coutouly[1] verwandt und liegt auch

[1] Herstellung und Vertrieb hat Instrumentenmacher Fischer in Freiburg i. B.

[1] Abbildung des Coutouly'schen Durchmessers siehe bei Schauta: Die Beckenanomalien im Müller'schen Handbuch der Geburtshilfe Bd. II.

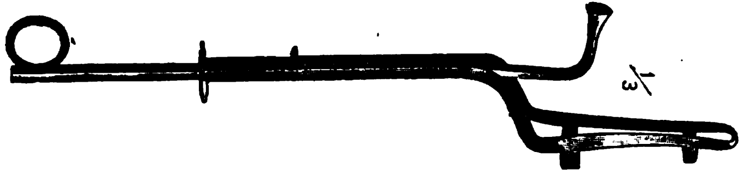
den neueren Instrumenten von Zangemeister und vor allem dem sonst vortrefflichen Beckenmesser von Bylicki-Gauss zugrunde. Die Vorteile dieses Prinzips sind bekannt. Der wesentliche Nachteil ist darin zu suchen, daß die Scheide stark gedehnt wird, wodurch erfahrungsgemäß auch bei dem Bylicki-Gauss'schen Beckenmesser leichte Verletzungen der Scheidenhaut nicht immer zu vermeiden sind. Dieser Nachteil fällt um so schwerer ins Gewicht, je weiter das Becken ist. Die älteren Geburtshelfer haben diesen Nachteil so hoch bewertet, daß sie glaubten dieses Prinzip wieder fallen lassen zu müssen. Ein weiterer Vorwurf, der erhoben wird, geht dahin, daß die Lage der vorderen Geraden hinter der Schamfuge nicht mit dem Finger beaufsichtigt werden kann. Dieser Einwand ist von sehr nebensächlicher Bedeutung, da es angesichts des Umstandes, daß die Größe eines Geburtswiderstandes in weitgehender Weise von dem Kopfe mitbedingt wird, eine wissenschaftliche Spielerei ist, an der Lebenden die Conjugata vera auf Millimeter oder auf Bruchteile eines solchen berechnen zu wollen.

Die Nachteile des Bylicki-Gauss'schen Beckenmessers, mit dem ich sonst sehr zufrieden bin, liegen auf der Hand. Sehr unbequem ist es jedenfalls, daß oft genug eine ganze Reihe von Maßstäben hintereinander eingeführt werden müssen, bis der richtige eingepaßt werden kann. In Narkose hat dieses gewiß kaum etwas zu bedeuten. Ohne Betäubung entsteht eine erhebliche Belästigung der Frau. Unsere geburtshilflichen Instrumente müssen auch für die Hausgeburtshilfe berechnet werden. Dieser eigentlich ganz selbstverständlichen Forderung kommt der Bylicki-Gauss'sche Beckenmesser nicht nach. Der große Satz an Meßstäben ist zu schwer, um in der Geburtstasche mitgeschleppt zu werden. Auch ist der Preis für manche Ärzte gewiß viel zu hoch. So vortrefflich dieser Beckenmesser auch ist, er wird wesentlich nur der Anstaltsgeburtshilfe zu Nutzen werden, und darin erblicke ich einen sehr großen Nachteil.

Es kann daher an Bestrebungen nicht fehlen, diesen wesentlichen Nachteil der Verwendung einzelner Meßstäbe von bestimmter Länge zu vermeiden, d. h. einen Beckenmesser herzustellen, dessen lange Gerade beliebig geändert werden kann. Einen solchen verstellbaren Beckenmesser hat jüngsthin Faust in dieser Zeitschrift, Nr. 22, laufenden Jahrganges veröffentlicht. Ich habe diesen Beckenmesser noch nicht angewandt, doch ist sein Hauptnachteil der, daß das Instrument öfters eingeführt werden muß, bis die richtige Länge gefunden ist.

Die Nachteile des Bylicki-Gauss'schen Instrumentes suchte ich in anderer Weise zu umgehen, wobei mir der Zufall günstig war. Ich fand in der Sammlung des Frauenspitals Basel-Stadt einen Beckenmesser, der als von Farabeuf herrührend bezeichnet war. Möglich, daß dieses ein Irrtum ist, ich lasse mich gern belehren. Dieser Farabeuf'sche Beckenmesser schien mir sehr geeignet zu sein, dem Bylicki-Gauss'schen Instrumente seine Hauptnachteile zu nehmen. Doch bedurfte er einiger Abänderungen, da der kurze vordere Stab

des Originalinstrumentes offenbar in die Harnröhre eingeführt werden soll. Solches ist aber von Nachteil, weil die zarte Harnröhrenschleimhaut leicht verletzt wird. Ich habe daher das Modell, das von Collin in Paris herrührte, so umgeändert, daß der vordere Stab in die Scheide einzuführen ist. Ein Blick auf beifolgende Abbildung zeigt, was zu wissen notwendig ist.



Farabeuf'scher Beckenmesser, für den Mittelfinger gearbeitet.

Die Führung des Beckenmessers kann je nach Wunsch mit dem Zeige- oder Mittelfinger geschehen, was geringfügige Änderungen bedingt[2].

Zahlreiche vergleichende Messungen, die ich gleichzeitig mit diesem Beckenmesser und mit dem Bylicki-Gauss'schen am knöchernen Becken, wie an der Lebenden mit und ohne Narkose ausgeführt habe, ergaben völlig gleiche Ergebnisse. Seine Brauchbarkeit ist damit erwiesen. Als wesentlichen Vorteil dieses Beckenmessers sehe ich den Umstand, daß er nur einmal eingeführt zu werden braucht. Ist das Instrument gegen den Vorberg angedrückt worden, so braucht nur der zweite Teil in die Scheide und in die Leitschiene eingefügt zu werden. Leichtes Anziehen dieses Teiles, und die Messung ist in wenigen Sekunden vollendet. Hervorzuheben wäre ferner noch, daß der Farabeuf'sche Beckenmesser einfach gearbeitet ist und sich sehr leicht reinigen läßt.

Allerdings der Nachteil, daß die Scheide stark ausgespannt wird, haftet auch diesem Beckenmesser an, da er in dem Prinzip gelegen ist. Man könnte ja dieses vermeiden, wenn nach dem Vorschlage der Madame Boivin ein Arm des Beckenmessers in den Mastdarm eingeführt wird. Aber dieser Weg ist mir, wie so manchem anderen Kollegen nicht sympathisch, auch ist die Mastdarmschleimhaut gewiß verletzbarer als die Scheidenhaut. Mögen sich andere daran erproben!

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 27. März 1906.

Vorsitzender: Herr Roesing; Schriftführer: Herr Grube.

I. Demonstrationen.

Herr Prochownik demonstriert eine Anzahl von Schüsselpessaren mit verschieden großer Öffnung für die Portio.

---

[2] Zu haben im Sanitätsgeschäft Hausmann, St. Gallen, Schweiz.

II. Sodann Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag des Herrn Falk: »Drei Fälle von kriminellem Abort«.

Herr Jaffé kommt auf die Frage zurück, ob der Arzt verpflichtet bzw. berechtigt sei, einen kriminellen Abort zur Anzeige zu bringen?

Eine Anzeigepflicht für Ärzte besteht in Hamburg nur bei ansteckenden Krankheiten und bei Geburten von Früchten, die über 6 Monate alt sind. Ein Totenschein darf nicht ausgestellt werden, wenn sich bei der Verstorbenen während der Krankheit oder nach dem Tode Spuren einer widernatürlichen Veranlassung des Todes gezeigt haben, oder wenn es sich um ein totgeborenes Kind handelt, bei dessen Geburt der Arzt nicht zugegen war. Eine gesetzliche Pflicht, einen kriminellen Abort anzuzeigen, besteht daher nicht. Auch die Verweigerung des Totenscheines verpflichtet den Arzt nicht, seine Schweigepflicht zu brechen. Ist der Arzt denn nun berechtigt hierzu? In juristischer Beziehung glaubt J., daß dieser Fall unter zwei Voraussetzungen zutrifft:

1) wenn die Kranke ihre ausdrückliche Einwilligung hierzu gegeben hat;

2) bei noch nicht ausgeführtem, sondern drohendem kriminellen Abort, der durch die Anzeige verhindert werden würde.

Solche Fälle fielen event. unter § 139 R.-Str.-G.-B., der von dem Verhalten bei gemeingefährlichen Verbrechen zu einer Zeit, in welcher die Verhütung derselben möglich ist, handelt.

Aber abgesehen von den zuletzt genannten Fällen glaubt J., daß aus ethischen Gründen die Anzeige besser unterbleibt. Der etwa damit erreichte Nutzen steht in keinem Verhältnis zu dem Vertrauensbruche, dessen sich der Arzt durch eine Anzeige schuldig macht. Wenigstens müsse man mit Veit dann die Straffreiheit der Gravida verlangen. Mit Placzek steht J. auf dem Standpunkte, daß die Hebamme wegen ihres schändlichen Gewerbes kein Erbarmen verdient, wohl aber das arme Weib, das oft unverschuldet ein Opfer der sozialen Verhältnisse geworden ist.

J. beantragt zum Schluß eine Resolution, dahingehend, daß die geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg Mitteilungen über strafbare Handlungen, von denen der Frauenarzt in Ausübung seines Berufes Kenntnis erhält, für unzulässig erklärt, ausgenommen wenn es sich um die Verhütung drohender Verbrechen im Sinne des § 139 R.-Str.-G.-B. handelt, oder wenn der Arzt von der Kranken von seiner Schweigepflicht entbunden ist.

An der Diskussion beteiligen sich fernerhin die Herren Falk, Grube, Lomer, Prochownik, Rieck, Roesing, Schrader.

Während von einigen Seiten im Sinne von Veit (Herr Lomer) darauf hingewiesen wird, daß lediglich die Straflosigkeit der Person der kriminell abortierenden Pat. den Abtreibern das Handwerk legen könne, wird von anderer Seite (Herrn Grube) darauf aufmerksam gemacht, daß der Staat, der den Fortbestand des keimenden Lebens in seinem eigenen Interesse wünschen müsse, beide Schuldige, sowohl die Mutter wie den Abtreiber, bestrafen müsse.

Im allgemeinen geht der Tenor der Worte der anderen Diskussionsredner dahin, daß es allerdings unter Umständen für den Arzt sehr schwierig sein könne, sowohl seinem eigenen moralischen und ethischen Gefühl, wie zugleich dem Interesse der Pat. und außerdem dem Interesse des Staates, das eine Bestrafung des Abtreibers erheische, zu dienen, daß aber in zweifelhaften Fällen die ärztliche Schweigepflicht allem anderen voranzusetzen sei, da ihr Bruch in den bei weitem meisten Fällen mehr Schaden als Nutzen stiften würde.

Es wird noch auf den Widerspruch (Herr Rieck) zwischen den polizeilichen Verordnungen, betreffend die Ausstellung eines Totenscheines, und dem Gesetze, betreffend die Schweigepflicht des Arztes, hingewiesen und sodann zur Abstimmung über den Antrag Jaffé geschritten. — Derselbe wird abgelehnt, da über ethische und wissenschaftliche Fragen gerade in einer so schwierigen Sache, deren Beurteilung dem Ermessen und Empfinden des einzelnen von Fall zu Fall überlassen bleiben müsse, eine prinzipielle Festlegung von Normen nicht angängig erscheine.

Sitzung vom 18. April 1906.

Vorsitzender: Herr Mond; Schriftführer: Herr Grube.

Herr Grube: Ich möchte Ihnen über einen Fall von Übertragung, verbunden mit Riesenwuchs des Kindes, berichten.

Es handelt sich um eine Frau von 34 Jahren, die mit 30 Jahren geheiratet hat. In den ersten beiden Jahren der Ehe hatte sie zwei Aborte, im dritten gebar sie in Steißlage ein 59 cm langes totes Kind, das auch sehr schwer gewesen sein soll, und dessen Extraktion enorm schwierig war. Als ich sie zum ersten Male sah, befand sie sich am Ende der Schwangerschaft; die Beckenmaße betrugen: Spinae $27^1/_2$, Cristae $28^1/_4$, Trochant. $37^1/_4$, Conj. ext. $19^1/_2$—20, Conj. diag. $11^1/_2$, Conj. int. demnach ca. $9^1/_2$ cm. Am Sternum und den Beinen leichte Zeichen von Rachitis. Pat. gab auch an, spät laufen gelernt zu haben. Auffällig war besonders die Dicke der Beckenknochen. Zum Vergleiche habe ich die Distanz der Innenseite der Spinae und Cristae gemessen, dieselbe war $21^1/_2$ und 22 cm, während die Außenseite, wie gesagt, $27^1/_2$ resp. $28^1/_2$ cm maß. Es handelt sich also um ein plattrachitisches Becken mit einer Conj. vera von $9^1/_2$ cm, die anderen Maße sind nicht verkleinert, abgesehen von der geringen Differenz zwischen der Weite der Spinae und Cristae, die nur $^3/_4$ cm beträgt.

Ich beschloß unter diesen Verhältnissen im Einverständnis mit dem betreffenden Kollegen, ruhig abzuwarten. Das war am 10. September 1905. Der eigentliche Geburtstermin, der 12. September 1905, verging aber, und erst 15 Tage später, am 27. September 1905, kam es zur Geburt. Es wurde mit Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf sehr großes Kind gestellt, und da nach 20stündiger, heftiger Geburtsarbeit kein Fortschreiten der Geburt zu bemerken war, ein Kontraktionsring schon angedeutet erschien, der Frau die Sectio caesarea resp. die Pubotomie vorgeschlagen. Beide wurden abgelehnt, dagegen ein Zangenversuch bei erweitertem Muttermund und auf dem Beckeneingange stehendem Kopfe gestattet und versucht. Schon der mangelhafte Schluß der Zange bewies, daß es sich um einen verhältnismäßig sehr großen Kopf handeln müsse, und so waren denn auch die Traktionen demgemäß ohne Erfolg, und ich sah mich nunmehr in die traurige Notwendigkeit versetzt, das lebende Kind zu perforieren. Dasselbe wog ohne Gehirn $11^1/_2$ Pfund und war 60 cm lang. Das Wochenbett verlief normal, und die Frau selbst verließ nach 14 Tagen das Bett.

Interessant an diesem Fall ist zunächst die Übertragung — auch das erste Kind soll übertragen sein — und dann die Größe des Kindes. Die Eltern sind beide mittelgroß und ganz normal gewachsen. Hinsichtlich des Beckens darf man wohl der Auffassung Raum geben, daß ein Kind von normaler Größe dasselbe bei günstiger Einstellung passieren kann, aber die Chancen verschlechtern sich sofort sehr, sobald das Kind besonders groß ist und somit das Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken größer wird. Von den drei Faktoren einer Geburt, Becken Wehen, Kopf, ist der letzte der am schwersten zu berechnende, und es entsteht nun die Frage, wie man sich bei diesem habituellen Riesenwuchse bei einer dritten Schwangerschaft verhalten soll. Ich würde mich, da andere Operationen abgelehnt werden, zur künstlichen Frühgeburt mit Anschluß der prophylaktischen Wendung entschließen. Zu bemerken ist noch, daß die Prochownik'sche Diät in diesem Falle durchaus versagt hat.

Herr Deseniss fragt, ob stehende Traktionen angewandt seien?

Herr Grube: Jawohl! Stehende Traktionen in Walcher'scher Hängelage.

Herr Roesing findet auffällig, daß schon nach 20 Stunden ein Kontraktionsring vorhanden war.

Herr Grube: Die Wehen waren enorm heftig und der Kontraktionsring deutlich sicht- und fühlbar. Vortr. kommt nochmals darauf zurück, daß er sich bei einer etwa noch eintretenden Gravidität sicher in der 35.—36. Woche zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt mit nachfolgender prophylaktischer Wendung entschließen würde, da andere Operationen sub finem graviditatis (Sectio caesarea, Symphyseotomie, Pubotomie), die Vortr. event. vorziehen würde, abgelehnt werden.

Herr Rieck berichtet im Anschluß an die Grube'schen Demonstrationen gleichfalls über einen Fall von Riesenwuchs. Hier war der Kopf des Kindes so groß, daß er trotz des normalen Beckens nicht in dasselbe eintreten wollte. Fünf vergebliche Zangenversuche des Hausarztes waren vorangegangen. Die Wendung des toten Kindes gelingt zunächst nicht. Daher Perforation des über dem Beckeneingange befindlichen Kopfes. Trotz Auvard und Knochenzange folgt der enthirnte und eines Teiles der Knochenschale beraubte Kopf nicht den angestrengtesten Bemühungen, ihn ins Becken zu ziehen. Daher neuer Wendungsversuch, der nun gelingt. Aber die Extraktion des Kindes scheitert jetzt daran, daß es nicht möglich ist, neben dem die weite Scheide ad maximum ausfüllenden Rumpfe noch eine Hand hinaufzuführen, um die an der Basis cranii heraufgeschlagenen Arme des Kindes zu lösen. Es mußte erst der Brustkorb eingeschnitten und durch Entfernung der inneren Organe Platz geschaffen werden, um zum Ziele zu gelangen. Totaler Dammriß. Atonie des Uterus. Mutter aber glatt genesen. Kolossale, wohlgebildete Kindesleiche. Wegen vollständiger Erschöpfung aller Beteiligten wurden leider keine Maße genommen. Die Entbindung übernormal großer Kinder kann zu den schwierigsten gehören, die man kennt, und selbst Veranlassung zum Kaiserschnitte geben, wie es schon verschiedentlich berichtet ist.

Sitzung vom 24. April 1906.

Vorsitzender: Herr Mond; Schriftführer: Herr Deseniss.

I. Krankenvorstellungen.

1) Herr Prochownik stellt eine 43jährige, 144 cm große Rachitika vor, bei der er am 22. Januar 1905 die Hebotomie ausführte, seines Wissens die erste in Hamburg. Erster Partus mit 38 Jahren; Frühgeburt; Wendung; Kind tot. Zweiter Partus: Gemini, wiederum Wendung; Kinder kamen zwar lebend, starben aber bald post partum. Dritter Partus: Steißlage; bei Ankunft der Ärzte Kind bereits spontan bis zu den Schultern geboren und durch Nabelschnurkompression abgestorben; hierbei war bereits die von P. angegebene Diätkur strikt durchgeführt. Becken typisch rachitisch-platt. Sp. 24,2—24,6, Cr. 25, Conj. ext. 16,6 bis 16,9, Conj. diag. 8,9—9,4, Symphysendicke 1,8—2,3 cm bei den diversen Messungen; Conj. vera demnach auf 7,4—7,7 cm berechnet. Die jetzt 43jährige Pat. wünscht nun, nach vier toten Kindern, ein lebendes Kind, kommt am 22. Januar 1905 mit fünfmarkstückgroßem Muttermund und gesprungener Blase in die Klinik. Hebotomie in Steinschnittlage mit adduzierten Beinen; Wendung und Extraktion in Walcher'scher Hängelage; Kind lebt. Es wird nochmals die Notwendigkeit der Adduktion der Beine betont, da bei Abduktion die Sakroiliakalgelenke in Gefahr sind, gesprengt zu werden. Drainage der Wunde, Heilung per secundam, Demonstration der Röntgenplatten, die, in Abständen von einigen Monaten aufgenommen, eine allmähliche Verengerung des Spaltes zeigen. In viva wird eine noch vorhandene Verschiebbarkeit der Knochenenden demonstriert. Gehvermögen tadellos.

Herr Deseniss fragt, ob die Frau bei diesem Befund eine bleibende Erweiterung ihres Beckens behalten werde.

Herr Roesing glaubt deswegen eine leichte bleibende Erweiterung annehmen zu können, weil durch die Durchschneidung des Beckenringes möglicherweise eine Drehung der Symphyse um ihre transversale Achse erfolgen kann und hierdurch eine Korrektur der durch die Rachitis bedingten fehlerhaften Knochenstellung erzielt würde.

Herr Mond spricht seine Zweifel darüber aus, ob der vorliegende Fall die Pubotomie auch strikt verlangte. Bei der dem letzten Eingriffe vorhergehenden Schwangerschaft wurde am normalen Ende der Gravidität spontan in Steißlage geboren, das Kind starb bei der Geburt ab, weil, wie der Herr Vortr. bemerkte, leider kein Arzt zu erreichen war, um bei Entwicklung des Kindes helfend einzuschreiten. Wenn also die dritte Geburt spontan ein ausgetragenes Kind zeitigte, so hätte nach M.'s Ansicht immerhin ein weniger schwer eingreifendes Verfahren

zur Erzielung eines lebenden Kindes in Betracht kommen können, da, wie der Vortrag ergeben hat, die Pat. doch immerhin monatelang nach dem Eingriff und seinen Folgen zu leiden hatte.

Herr Prochownik ist nach wie vor überzeugt, daß er der Frau, die bereits vier Kinder an Steißlagen verloren hat, mit der Hebotomie die besten Chancen für ein lebendes Kind gegeben hat, besonders da die Frau schon 43 Jahre alt ist.

Herr Roesing fragt nach dem Verhalten der Weichteile, besonders der Blase.

Herr Prochownik: Die Unterschiede zwischen Symphyseotomie und Pubotomie sind keine so großen; größere Risse sind nicht entstanden.

Herr Rieck fragt, ob die Adduktion so nötig sei, Baumm u. a. legten kein so großes Gewicht darauf.

Herr Prochownik erinnert nochmals an die Gefahr der Sprengung der Ileosakralgelenke.

2) Herr Prochownik zeigt eine 37 Jahre alte Frau, bei der ein ca. faustgroßer, nach weiteren 4 Wochen mannskopfgroßer, zwischen linker Labie und Schenkelfalte hervortretender Tumor der Vulva entfernt wurde. Eine Farbenskizze, die Vulva mit dem Tumor ante op. zeigend, wird herumgegeben. Der Tumor ließ sich leicht komprimieren, ins Becken hinauf reponieren, ohne hierbei die Rektalwand vorzudrängen; nach Reponierung glaubt man mit vier Fingern eine Art Bruchpforte zu passieren; nach Zurückziehen der Finger quillt der Tumor wieder vor und gibt bei Perkussion absolute Dämpfung. Eine perineale Hernie ist demnach auszuschließen; die Probelaparotomie nach Konsultation mit Herrn Wiesinger zeigt die Kuppe des Tumors zwischen Uterus und Blase; ein Blasendivertikel ist auszuschließen, denn eine Punktion ergibt eine klare, seröse, eiweißreiche Flüssigkeit. Schluß der Bauchwunde. Schnitt vom Damme her erweist den rätselhaften Tumor als aus vielen kleinen Cysten bestehend und hoch ins pararektale Gewebe hinaufreichend. Zweimal wird das Rektum eröffnet, Heilung unter großer Bildung einer Kloake, die in zwei Sekundäroperationen geschlossen wird. Es handelt sich also um eine extraperitoneale, cystische, desmoide Geschwulst, von der Submucosa des Rektums ausgehend, die unter dem Bild einer perinealen Hernie nach dem Damme hervorgedrungen war.

Herr Lomer fragt nach der letzten Entbindung, und ob eine Blasenmole vorangegangen ist; event. könne man dann diese eigenartigen Cysten als eine Analogie zu den Luteincystentumoren auffassen, wie sie nach Blasenmolen und Syncytiomen auftreten.

Herr Prochownik: Letzter Partus vor 2 Jahren; mikroskopisch war hier nichts Besonderes.

II. Demonstration.

Herr Rieck (Altona) demonstriert einen 4 cm langen, 4 cm breiten und $1^1/_2$ cm dicken, dreieckigen Blasenstein, der an der Mitte einer Seite einen Stiel hat und mit diesem Stiel in der rechten Ureterenmündung festsaß. Der Stiel besteht aus einem Kerne von Uraten (durch Murexidprobe nachgewiesen) und angelagerten Phosphaten. Der ganze Stein ist vermutlich so entstanden, daß zuerst ein kleiner Uratstein von der Niere aus herabkam und in der Ureterenmündung stecken blieb. Dort lagerten sich dann allmählich Phosphate an, und schließlich kam die deutlich erkennbare Form des Trigonum Lieutandii zustande.

Beschwerden bestanden seit einem Jahre, zuletzt unerträglich. Diagnosenstellung durch das Cystoskop. Man sah den Urin hinter dem Stein aus dem Ureter herausspritzen. Von den Operationsverfahren zieht R. die Kolpocystotomie allen anderen vor. Die einfache Lithothripsie hätte nicht genügt, weil das Stück im Ureter sitzen geblieben wäre. Bei Lithothripsie und Dilatation der Urethra, um mit dem Finger den Steinrest aus dem Ureter herausschälen zu können, ist eine event. dauernde Schwächung des Schließmuskels zu fürchten, und außerdem gibt es, wie fast bei allen Dilatationen, leicht blutende und unkontrollierbare Einrisse. Die Sectio alta ist umständlich, man muß in großer Gewebstiefe arbeiten; es wird

vielmaschiges Bindegewebe und eine Menge Bindegewebsspalten eröffnet. Auch ist im Falle, daß man trotz des vorhandenen Katarrhs primär die Blase schließt, Infektion und Urininfiltration wegen der geschilderten Bindegewebsverhältnisse viel mehr zu fürchten, als bei der Sectio vaginalis, bei der nur eine $^{1}/_{2}$ cm starke, an sich feste Wand zu durchschneiden ist und schlimmstenfalls eine leicht schließbare Blasen-Scheidenfistel entsteht. Der einzige Vorteil der größeren Blasenübersicht überwiegt diese Nachteile nicht und ist bei Steinentfernung kaum von besonderem Nutzen, da man auch von der Vagina aus eine für zwei Finger durchgängige Öffnung in die Blase leicht machen kann.

Vortr. hat zunächst die Scheidenschleimhaut median gespalten, zwei Lappen wie bei der Kolporrhaphie, abpräpariert, dann die Blase median inzidiert, den Stein mit dem gekrümmten Finger glatt entfernt bis auf das Stielstück, das im Ureter festsaß. Dies mußte besonders mit der Fingerspitze herausgeschält werden. Naht der Blasenschleimhaut mit feinen Seidenknopfnähten nach Art der Lembert-schen Darmnaht; fortlaufende Catgutnaht der Muscularis und endlich Naht der Scheidenschleimhautlappen in der Art, wie R. es für seine Kolporrhaphiemethode angegeben hat, so daß die bindegewebige wunde Seite der einen Hälfte auf die oberflächlich wund gemachte Epidermisseite der anderen Hälfte aufgenäht wurde.

Trotz Katarrhs kein Dauerkatheter, nur Urotropin. Urinieren stets spontan. Vollständige Heilung per primam. Scheidenschleimhautlappen genau so aufgeheilt wie angenäht. Entlassung am 18. Tage.

Zum Schluß weist R. auf die Seltenheit der Blasensteine bei der Frau hin; auf 200 blasensteinkranke Männer soll eine blasensteinkranke Frau kommen.

Neueste Literatur.

2) Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. XXIII. Hft. 4.

1) Engel (Dresden). **Anatomische Untersuchungen über die Grundlagen für die Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse.**

Nach Ansicht des Verf.s findet sich für die geringere Stillfähigkeit mancher Frauen ein anatomisches Substrat in der mangelhaften Entwicklung des spezifischen Drüsenparenchyms bei gleichzeitiger voller Ausbildung des fibrösen Corpus mammae. Die äußere Gestalt und der Tastbefund gestatten keinen zuverlässigen Schluß auf die Funktionsfähigkeit einer Brustdrüse. Alle Mammae, auch schlecht entwickelte, enthalten sezernierendes Parenchym, das auf jeden Fall der Säuglingsernährung nutzbar gemacht werden kann.

2) H. Cramer. **Chlornatrium-Entziehung bei Hydrops graviditatis.**

Der Hydrops graviditatis hat seine Ursache in einer toxischen Störung des Stoffwechsels und kann durch Kochsalzentziehung in der Nahrung zum Verschwinden gebracht werden. Das bei Schwangerschaft häufig beobachtete Ödem der unteren Extremitäten ist kein Stauungsödem, sondern ein statisches, und kann nur dann in Erscheinung treten, wenn der Hydrops einen gewissen Grad erreicht hat. Ein direkter Zusammenhang des Hydrops graviditatis mit der Leyden'schen Schwangerschaftsniere ist nicht nachweisbar, da Eiweißausscheidung bei verschwindendem und völlig fehlendem Hydrops beobachtet wird. Es ist notwendig, die bisher übliche Bezeichnung »Schwangerschaftsniere« durch »Schwangerschaftsalbuminurie« zu ersetzen und den Begriff der Schwangerschaftsniere so weit zu fassen, daß auch die ohne Albuminurie einhergehenden Störungen der Nierenfunktion darunter Platz finden können. Die klinische Definition der Eklampsie bedarf ebenfalls einer Änderung insofern, als wir die Eklampsie ohne Konvulsionen anerkennen müssen. Auch Eklampsie kommt ohne Ödeme zur Beobachtung. Indessen ist das Zusammentreffen von Hydrops, Albuminurie und Eklampsie ein häufiges. Einen nachteiligen Einfluß der Kochsalzentziehung auf die Entwicklung der Früchte konnte Verf. nicht feststellen.

3) Schubert (Breslau). Riesenwuchs beim Neugeborenen.

Verf. berichtet über die Geburt eines Riesenkindes. Der Vater, Gastwirt, ist äußerst kräftig gebaut, 175 cm hoch, von 126 kg Gewicht. Die Mutter ist eine 39jährige IXpara, 159 cm groß, von 77,5 kg Gewicht. Die Beckenmaße sind normal. Die bisherigen Geburten waren spontan. Die Kinder waren nie übergroß entwickelt. Während der letzten Schwangerschaft keine besonderen Beschwerden. Schon 3 Wochen vor der Geburt sollen recht kräftige Wehen vorhanden gewesen sein. Die Geburt des Kindes ging bis zu den Schultern spontan, dann stockte sie, so daß Verf. zugezogen wurde. Die Haut des Kindes ist mazeriert, die Kopfknochen schlottern. Um den Hals ist die graugrüne Nabelschnur geschlungen. Jeder Versuch, die Frucht am Kopf zu extrahieren, mißlingt. Auch ein Herunterschlagen des hinteren Armes ist unmöglich. Es läßt sich feststellen, daß das Hindernis zur Extraktion durch die vordere Schulter geboten wird, die sich stark gegen die Symphyse stemmt. Nach Zurückdrängen des Körpers läßt sich der vordere Arm herunterschlagen und der Körper etwas weiter entwickeln. Die hintere Schulter ist jedoch nicht aus der Kreuzbeinhöhlung zu befreien; nur ein in sie eingesetzter Steißhaken läßt sie extrahieren. Das Kind wiegt 6550 g, seine Länge beträgt 64 cm, der Umfang des Kopfes 39 cm, der der Schultern 56 cm. Manuelle Placentarlösung wegen Atonie. Normales Wochenbett mit anfänglich mäßigen Temperatursteigerungen.

In ätiologischer Beziehung ist die Größe und Konstitution der Eltern, eine vorwiegend sitzende oder stehende Beschäftigung der Gravida, das hohe Alter der Multiparen, Heredität, Übertragung und vieles andere anzuschuldigen. Im vorliegenden Falle ist die Größe und Konstitution der Eltern sicher von Bedeutung, ebenso das Alter der Kreißenden. Im Gegenteil glaubt Verf., daß der Riesenwuchs vielmehr die Ursache für die Übertragung abgegeben hat, wie man es sonst bei normal entwickelten Früchten und engem Becken findet. Wie dort, so begann auch hier die Wehentätigkeit am normalen Ende der Schwangerschaft, die jedoch wegen des abnorm hochstehenden, zu großen Kopfes, der keine rhythmischen Kontraktionen auslösen konnte, wieder einschlief und von der Schwangeren in den darauf folgenden Wochen nur als schwache Wehen empfunden wurde. Da die sog. schlechten Wehen oft nichts anderes sind als ein mehr oder weniger ausgesprochener Tetanus uteri, so könnte man einen solchen auch für diesen Fall annehmen. Das darauf erfolgende Absterben und die Mazeration des Kindes, die den Kopf gebärfähig machte, würde dann eine gewisse Selbsthilfe des Organismus darstellen.

4) Schidkowsky (Berlin). Adenoma malignum portionis.

49jährige IIpara klagt über unregelmäßige Blutungen seit 2 Monaten. Bei der vaginalen Untersuchung erweist sich die vordere Muttermundslippe in einen rauhen, blumenkohlartigen Tumor mit bröckelnder, leicht blutender Oberfläche umgewandelt, der sich auf die rechte Seitenfläche der Scheide ca. 2 cm weit fortsetzt. Der Uterus ist nicht vergrößert; die Parametrien und Adnexe sind frei. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe per laparotomiam. Die Rekonvaleszenz wird verzögert durch eine Oberschenkelthrombose und Embolien in den Lungen. Nach der Operation erweist sich der Tumor von Hühnereigröße, blumenkohlartig zerklüftet. Er läßt die hintere Muttermundslippe und die hintere Scheide frei, ersetzt dagegen völlig die vordere Lippe und erstreckt sich auf 3 cm auf die vordere Scheidenwand. Er senkt sich kraterförmig in das rechte Parametrium bis auf die Basis des rechten Lig. lat. ein. Die Cervixschleimhaut ist völlig intakt. Der Tumor durchsetzt das äußere Drittel der Muskulatur der rechten Cervixpartien. An den Adnexen findet sich nichts Besonderes. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergibt ein typisches Adenoma malignum. Das Endometrium des Corpus uteri zeigt starke Schlängelung und Ektasierung der Drüsen, aber ohne jeden malignen Charakter. Auch die mikroskopische Untersuchung ergibt ein völliges Intaktsein der Cervixschleimhaut.

Verf. glaubt, daß das maligne Adenom sich aus Erosionsdrüsen entwickelt hat. Er ist der Ansicht, daß es nicht eine Vorstufe einer typischen krebsigen Neu-

bildung, nämlich des Adenokarzinoms vorstellt. Über die Ätiologie vermag Verf. nichts Positives zu sagen. Die Erscheinungen, die der Tumor machte, sind dieselben, wie sie durch ein Karzinom hervorgerufen werden. Zum Schluß warnt Verf. davor, den Tumor per vaginam operativ anzugehen, da die weitgehende Propagation derselben in das Parametrium ein Operieren im reinen unmöglich macht.

5) A. Schütze (Königsberg). Zur Prophylaxe und Radikaloperation postoperativer Ventralhernien.

Verf. ist zu der Ansicht gelangt, daß der Medianschnitt in der Linea alba am meisten das Gewebe der Bauchdecken schont, die kürzeste Zeitdauer beansprucht und für die Festigkeit der späteren Narbe ebenso gute Aussichten bietet, wie der extramediane Längsschnitt oder der Fascienquerschnitt. Die bei der Laparotomie gesetzte Fascienwunde vernarbt, wenn die Naht richtig angelegt ist, so innig, daß die Fascie die normale Festigkeit wieder erlangt. Die sicherste Nahtmethode ist die Wiener Naht; das beste Nahtmaterial antiseptische (Turner-)Seide. Die Beschaffenheit der Bauchdecken (fest oder schlaff, fettreich oder fettarm) ist ohne Einfluß auf die spätere Widerstandsfähigkeit der Fasciennarbe. Überstandene Schwangerschaften und Entbindungen bedingen kein Auseinanderweichen einer wirklich fest konsolidierten Fasciennarbe. Die von Gottschalk, Winter und Karewski angegebenen Methoden zur Radikaloperation postoperativer Bauchhernien sind die besten. Die Frühoperation postoperativer Bauchhernien ist anzustreben, zumal das Karewski'sche Verfahren einen ungefährlichen Eingriff bedeutet.

6) D. v. Velits. Über Leber- und Nierenechinokokkus in der Gynäkologie.

Verf. berichtet über zwei Fälle von Leber- und einen von Nierenechinokokkus, die sämtlich unter der Diagnose Ovarialtumor zur Operation kamen. Zu dieser Fehldiagnose trug neben der Größe der Geschwulst wesentlich die Unmöglichkeit der genaueren Abtastung durch die inneren Genitalien bei.

7) R. Schindler (Graz). Statistische und anatomische Ergebnisse bei der Freund-Wertheim'schen Radikaloperation des Uteruskarzinoms (aus Hft. 1—4).

Obgleich ein Zeitraum von 5 Jahren bei der Beobachtung, betreffend das Auftreten von Rezidiven nach Operationen von Uteruskarzinom vielfach gefordert wird, so glaubt Verf. doch, daß man sich schon nach 3 Jahren ein gewisses Bild von der Güte der Operation machen kann.

Die Hauptgesichtspunkte, nach denen sich Verf. bei der Aufstellung einer Statistik über die Erfolge der Freund-Wertheim'schen Radikaloperation des Uterus richtete, sind kurz folgende: Das Operabilitätsprozent hat Verf. aus dem gesamten ambulanten wie aus dem klinischen Material allein berechnet. Bezüglich der Dauerresultate hat er die Verschollenen und an interkurrenten Krankheiten Verstorbenen in Abzug gebracht. Bezüglich der palliativen und unvollständig Operierten hat Verf. einen Unterschied gemacht zwischen zweifellos palliativ operierten Fällen, d. h. solchen, wo die Operation nur einer Probelaparotomie gleich kam, und zwischen solchen Fällen, wo bei technischer Schwierigkeit nur der Zweifel vorlag, es könnte Karzinom zurückgeblieben sein. Verf. hält es für richtig, diese letzteren Fälle bei Berechnung der Dauerresultate in weitgehendster Weise mit zu berücksichtigen und nur die ganz zweifellos palliativen Fälle in Abzug zu bringen. Die Zahl des absoluten Heilungsprozentes hat Verf. in der Art gefunden, daß er berechnete, wieviel Frauen mit Uteruskarzinom, welche die Klinik aufsuchten resp. an der Klinik Aufnahme fanden, tatsächlich dauernd geheilt wurden.

Nach diesen Gesichtspunkten berechnet Verf. eine Operabilität von 32,82% für das gesamte Material, von 48,25% für die an der Klinik aufgenommenen Fälle; für die abdominale Operation ergab sich eine Operabilität von 22,85% resp. 36,1% Die primäre Mortalität betrug 13,67%.

In 32 daraufhin untersuchten Fällen fand Verf. in 9 derselben karzinomatöse Drüsen.

Bei einer Operabilität von 40%, einer primären Mortalität von 9,09% und einer Dauerheilung von 22,7%, betrug die absolute Leistung für sämtliche Fälle 2,65%, bloß für die in die Klinik aufgenommenen Fälle 5,00%. Alle Fälle, bei denen Drüsenmetastasen gefunden wurden, sind rezidiv geworden. Als absolutes Heilungsprozent ergab sich ein Wert von 3,18% im Mittel.

Von den 25 abdominal Operierten starben infolge der Operation 2 = 8%. Von den am Leben gebliebenen wurden 23,52% rezidiv; rezidivfrei blieben 76,4%; also bei einer Beobachtungszeit von 1—2 Jahren fast 1/4 der Fälle rezidiv.

Die mit der Freund-Wertheim'schen Methode erzielten Resultate ließen sehr zu wünschen übrig, denn schon nach 3jähriger Beobachtungszeit sind über die Hälfte der Fälle rezidiv geworden. Allerdings wirkt hierbei erschwerend, daß im Anfange die Technik noch nicht völlig ausgebildet war und die Indikation zu weit gestellt wurde. Außerdem kommt hauptsächlich in Betracht, daß die Mehrzahl der Kranken zu spät in die Hände des Operateurs kommt. Verf. beleuchtet sodann die von anderen erreichten Resultate und zeigt, wie schwer es ist, verschiedene Statistiken miteinander zu vergleichen. Die Mehrzahl der Rezidive trat in den Fällen des Verf.s im 1.—3. Jahre nach der Operation ein.

In bezug auf die Drüsenausräumung ist es nach Ansicht des Verf.s eine technische Unmöglichkeit, sämtliche Drüsen im Zusammenhange mit ihren Lymphbahnen zu entfernen, was nach den anatomischen Erfahrungen gefordert werden müßte, wenn die Operation in Wahrheit eine radikale sein soll. Die bisher erzielten Resultate sprechen im allgemeinen eher zuungunsten der Drüsenausräumung; jedoch darf hierüber noch kein definitives Urteil gefällt werden. Verf. bespricht sodann einzelne Punkte der Technik der Operation, sowie die Indikationsstellung, wie sie an der Grazer Klinik geübt wird. Der Hauptwert in der Heilung des Uteruskarzinoms liegt weniger in der Technik und Methode der Operation, als vielmehr in der Aufklärung des Publikums durch den Hausarzt usw.

Nach diesem klinischen Teile wendet Verf. sich dann der anatomischen Seite des Uteruskarzinoms zu und bespricht einzelne anatomische Verhältnisse in den von ihm untersuchten Fällen. Die Anatomie der Primärtumoren, der Parametrien und regionären Lymphdrüsen wird von ihm eingehend erörtert. Zum Schluß geht Verf. dann noch auf jene eigentümlichen Gebilde ein, die von den meisten Untersuchern mehr oder weniger häufig in den regionären Lymphdrüsen beobachtet wurden und eine recht verschiedene Deutung erfahren haben. Es handelt sich nämlich um die eigenartigen epithelialen schlauchartigen oder mehr cystischen Gänge. Verf. glaubt, daß es sich hier um zufällige Einschlüsse fremdartiger Zellen handelt, die in physiologischer Weise in verschiedene Lymphdrüsen auf dem Wege der Lymphbahnen verschleppt werden. Er denkt hierbei hauptsächlich an deportierte Epithelzellen aus dem Uterus, vom Deckepithel oder von den Drüsen desselben, wofür auch die große Ähnlichkeit jener Schläuche mit Uterus- oder Uterindrüsenepithelien spricht; vor allem aber auch die sekretorische Tätigkeit jener drüsenartigen Gebilde. **E. Runge** (Berlin).

---

3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVII. Hft. 2.

1) S. Rosenfeld. Zum Schutze der Gebärenden.

R. weist durch statistische, eine Reihe von Städten und Provinzen Österreichs umfassende Angaben nach, daß in Österreich die Zahl der Zangenentbindungen und der Placentarlösungen mit der Häufigkeit der Ärzte wächst, daß diese beiden Operationen im Verhältnis also viel seltener auf dem Land als in den Städten, und besonders in den großen Städten, ausgeführt werden. Man muß hieraus folgern, daß die praktischen Ärzte vielfach operieren, weil die Gebärende oder deren Umgebung es wünschen, oder weil sie selbst die Geduld verloren haben, und daß die Kreißenden durch dies häufige, nicht indizierte Operieren unnötigen Gefahren ausgesetzt werden.

Nur eine Besserung der ärztlichen Erwerbsverhältnisse, verbunden mit gründlicherer Ausbildung der praktischen Ärzte in der Geburtshilfe, wird zu einer Verminderung der Operationsfrequenz führen.

2) A. Falkner (Wien). Seltenere Formen der Ovarialdermoide.

Bei einer 19jährigen Pat. wurde durch vordere Kolpoköliotomie ein doppeltmannskopfgroßer Ovarialtumor entfernt, der in aufgeschnittenem Zustand an der Stelle des größten Umfanges eine bis 1 cm breite, zirkulär verlaufende Leiste mit kleineren Abzweigungen aufwies. Dieser Leiste saß bald einzeln, bald in Gruppen vereinigt, eine Anzahl von über 30 knotigen Tumoren auf, deren Größe von Stecknadelkopf- bis zu Nußgröße variierte, und die stellenweise mit Haaren bedeckt waren. Ein weiteres derartiges Konglomerat von Walnußgröße lag ebenfalls der Leiste auf, ohne mit ihr in kontinuierlichem Zusammenhange zu stehen.

Mikroskopisch bestand die Hauptleiste aus Ektodermabkömmlingen, die ihr aufsitzenden Tumoren wiesen teils denselben einfachen, teils einen komplizierteren Bau auf; der größte Teil der Cysteninnenwand war diffus mit einer ganglienzellenhaltigen Gliaschicht ausgekleidet.

In dem zweiten Falle wurde im kleincystisch degenerierten Ovarium einer 20jährigen Kranken eine etwas über erbsengroße, mit Haaren und Brei gefüllte Dermoidcyste gefunden, deren Wand, in Serienschnitte zerlegt, lediglich Produkte des Ektoderms ohne Beteiligung von Meso- oder Entoderm aufwies. Möglichenfalls könnte ein derartiges »einblättriges« Dermoid bei seinem weiteren Wachstum Produkte anderer Keimblätter entwickeln.

3) P. Strassmann. Zur Behandlung der Nachgeburtszeit.

Haftet eine Placenta der letzten Monate an der Uterusinnenfläche fest, so füllt sich noch nach Stunden bei leichtem Druck auf den Fundus uteri die Nabelvene stark mit Blut, so daß die die Nabelschnur haltende Hand eine Fluktuationswelle in der Nabelvene bemerkt. Nach Lösung der Placenta findet sich dieses Zeichen nicht mehr.

Die Expression der Placenta darf vor Ablauf $1/2$ Stunde post partum selbst dann nicht vorgenommen werden, wenn alle Zeichen der Lösung vorhanden sind; bestehen diese Zeichen nicht, so ist abzuwarten, wobei der Versuch der Expression nicht häufiger als jede $1/2$ Stunde wiederholt werden darf. Große Früchte und Zwillingsgeburten bedingen Ausnahmen von diesem abwartenden Verhalten.

Nach einer künstlichen Entbindung darf der natürliche Bluterguß aus den verschiedenen kleinen Rissen nicht die Indikation zur sofortigen Herausbeförderung der Placenta abgeben, neben der Verabfolgung von Sekale sind Uteruskontraktionen anzuregen.

Die Nachgeburtsperiode darf in der Praxis nicht schon als abgeschlossen gelten, wenn die Placenta geboren ist, der Arzt soll nachher noch mindestens $1/2$ Stunde den Uterus überwachen und dann noch die im Uterus oder in der Scheide angesammelten Blutgerinnsel exprimieren.

Verf. nimmt in den letzten Jahren sämtliche geburtshilflichen Eingriffe mit Hilfe von Gummihandschuhen vor; nicht zu gebrauchen sind solche Handschuhe beim Öffnen der Fruchtblase und beim Festhalten abgerissener Eihäute.

Nach manueller Lösung der Placenta oder Stücken derselben kann man von Ausspülungen des Uterus und der Scheide entweder ganz absehen, oder man muß sterile Kochsalzlösung oder schwache Lysoformlösung anwenden, jedenfalls dürfen Antiseptika, auch Alkohol, wegen der Resorptionsgefahr nicht benutzt werden.

Selbst bei der besten und vorsichtigsten Leitung der Nachgeburtsperiode kann gelegentlich ein Stück Placenta im Uterus zurückbleiben, man soll daher bei jedem höheren Fieber im Wochenbette — vorausgesetzt, daß die Umgebung des Uterus noch frei ist — zunächst den Uterus austasten und erst bei leerer Uterushöhle weitere Maßnahmen in Erwägung ziehen.

4) W. Hannes (Breslau). Rückblicke und Ausblick über Operabilität, Operation und Operationsresultate des Uteruskarzinoms an der Hand einer 11jährigen Beobachtung.

Verf. bespricht die Gebärmutterhalskrebse — mit Ausschaltung der Korpus-

karzinome —, die in der Zeit vom 1. April 1895 bis 31. März 1901 in der Breslauer Klinik auf abdominellem oder auf vaginalem Weg operiert wurden. Sämtliche zur Zeit der Niederschrift der Arbeit noch gesunden Frauen erfüllten die Forderung Winter's betreffs 5jähriger Rezidivfreiheit und müssen daher als dauernd geheilt angesehen werden.

In dem angegebenen Zeitraume wurden per vaginam 99 Uteri exstirpiert mit 8% primärer Mortalität; an die 91 übrigen Pat. wurden zwecks Feststellung des Dauerresultates Fragebogen versandt. Es ergab sich, daß von 76 Frauen, über deren Ergehen Auskunft einlief, mit Ausschaltung der primären Mortalität 31,5%, mit Einrechnung derselben 28,8% dauernd geheilt waren.

In dem gleichen Zeitraume wurden 46 Collumkarzinome vom Abdomen aus entfernt mit 15 Todesfällen = 32% primärer Mortalität. Auch an diese im ganzen 31 Frauen wurden Fragebogen gesandt, die in 27 Fällen beantwortet wurden. Die Dauerheilung belief sich nach Winter auf 22%, mit Einbeziehung der primären Mortalität auf 14,3%. Jedoch ist zu berücksichtigen, daß in jenem Zeitraume nur solche Fälle vom Abdomen aus in Angriff genommen wurden, bei denen ein vaginales Vorgehen wegen zu weiter Ausdehnung der Neubildung als aussichtslos überhaupt nicht mehr in Frage kam.

Von insgesamt 361 Frauen mit Collumkrebs, die sich während der genannten Jahre in klinischer Beobachtung befanden, wurden 30 Frauen dauernd geheilt, so daß das absolute Heilungsprozent sich auf 9,2% beläuft.

Betreffs der an sich kurzen Bemerkungen Verf.s über Indikationsstellung und Operationsverfahren in den Jahren 1901 bis Ende 1905 sei auf das Original verwiesen.

5) E. Hauch (Kopenhagen). Neuritis puerperalis lumbalis peracuta.

Die obige Krankheit wurde in der Kopenhagener Entbindungsanstalt unter im ganzen 680 Frauen 32mal, d. h. in 4,7%, festgestellt. Alle wichtigen Einzelheiten dieser 32 Fälle werden in Form von übersichtlichen Tabellen mitgeteilt.

Druckempfindlichkeit der Nerven — hauptsächlich kommen der N. cruralis, der N. saphenus int., N. cutan. femor. ext. und N. obturat. in Betracht — ist als das Krankheitssymptom anzusehen, das am häufigsten, nämlich in allen Fällen, beobachtet wurde.

In zweiter Linie kommt die Parese als häufigstes Symptom der Neuritis vor, sie wurde in 21 Fällen gefunden und betraf das Gebiet des N. cruralis und N. obturatorius, wobei der M. ileopsoas in allen Fällen gelähmt war, in denen überhaupt Parese bestand.

Spontane Schmerzen in der oder den kranken Extremitäten wurden in 19 Fällen festgestellt, sie entsprachen am meisten der Ausbreitung und dem Verlaufe der Hautnerven.

Hyperästhesie der Haut fand sich in 17 Fällen, die Patellarreflexe waren gewöhnlich außerordentlich lebhaft und in einigen Fällen sicher verstärkt.

12mal handelte es sich um Erst-, 20mal um Mehrgebärende, das Alter schwankte zwischen 17 und 42 Jahren, 31 Entbindungen verliefen spontan, 1 wurde durch Beckenausgangszange beendigt; zwischen Dauer der Geburt und Heftigkeit der Neuritis war kein ursächlicher Zusammenhang festzustellen.

Die Neuritis puerperalis lumbalis peracuta ist auf eine puerperale Intoxikation zurückzuführen, die eine schnell vorübergehende Nervenentzündung in den zum Plexus lumbalis gehörenden Nerven oder Nervenwurzeln hervorruft und durch verschiedene Gelegenheitsursachen entstehen oder verschlimmert werden kann.

6) E. Bumm und L. Blumreich. Ein neuer Gefrierschnitt durch die Leiche einer in der Austreibungsperiode verstorbenen Kreißenden und seine Bedeutung für die Lehre vom unteren Uterinsegment.

Der erste Abschnitt, »die Beschreibung des neuen Schnittes«, hat Blumreich zum Verfasser. Das Präparat stammte von einer 39jährigen Erstgebärenden, die nach 17stündiger Wehentätigkeit bei tief im Becken stehendem Kopf und völlig erweitertem Muttermund plötzlich unter den Erscheinungen der Lungenembolie gestorben war. Der Uterus zeigte einen deutlichen Kontraktionsring, an dessen

unterem Ende die gedehnte Partie anfing. Erst mit dem Beginne des gedehnten Wandabschnittes, dagegen nicht in dem darüber gelegenen Korpus wurden Drüsen mit einem deutlichen Epithellager sichtbar, deren Charakter als Cervixdrüsen, abgesehen von ihrer Lage im Dehnungsschlauch, aus der teilweise vorhandenen Höhe des Epithels, dem Schleimgehalt und dem Aufhören der Deciduazellen gefolgert wurde.

Da also der ganze gedehnte Abschnitt unterhalb des Kontraktionsringes mit Cervixschleimhaut bekleidet war, so muß man sagen, ein gedehntes, dem Korpus entstammendes unteres Uterinsegment läßt sich in diesem Fall ebensowenig nachweisen, wie die Umwandlung der Cervixschleimhaut in Decidua; vielmehr wird in der Austreibungsperiode die Cervix und nur die Cervix neben der Vagina zum Durchtrittsschlauche verwandt, was darüber ist, ist Korpus und funktioniert als austreibender Hohlmuskel.

In dem zweiten Abschnitte, »zur Lehre vom unteren Uterinsegment«, bespricht Bumm die Bedeutung des neuen Schnittes für die Lehre vom unteren Uterinsegment und für unsere Vorstellungen von den Eröffnungsvorgängen am kreißenden Uterus. Verf. zieht die acht übrigen, bisher publizierten Gefrierdurchschnitte aus der zweiten Geburtsperiode ebenfalls in den Kreis seiner Beobachtungen, die er sämtlich ungefähr auf die gleiche Größe hat reduzieren und in der Arbeit abbilden lassen. **Scheunemann** (Stettin).

Verschiedenes.

4) E. Runge (Berlin). Über den Prolaps der Vagina und des Uterus und seine Behandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 32.)

R. gibt einen kurzen Überblick über die Arbeiten, welche sich während der letzten Jahre mit dem obigen Thema beschäftigt haben. Aus demselben geht hervor, wie weit die Ansichten der verschiedenen Autoren, sowohl bezüglich der Ursachen wie auch der Behandlung des Uterus- bzw. Vaginalprolapses zurzeit noch auseinander gehen. Da die einzelnen Arbeiten in diesem Blatte sämtlich früher bereits besprochen worden sind, erübrigt sich ein näheres Eingehen auf den R.'schen Aufsatz. **Graefe** (Halle a. S.).

5) Depage. Chloroformsynkope während einer Laparo-Hysterektomie. Transdiaphragmatische Massage des Herzens.

(Journ. de chir. et Ann. de la soc. Belge de chir. 1905. Nr. 6.)

Die 44jährige, ziemlich korpulente, bleiche Pat. hatte eine Mitralinsuffizienz und Ödeme der unteren Extremitäten. Während der Operation mußte mehrmals die Trendelenburg'sche Lage in eine horizontale wegen apnoischer Anfälle umgewandelt werden. Trotz geringen Chloroformverbrauches setzte plötzlich gleichzeitig Herztätigkeit und Atmung aus. Nachdem eine Viertelstunde vergeblich Halstraktionen und künstliche Atmung gemacht waren, wandte D. bimanuelle Herzmassage derart an, daß die rechte in das Abdomen eingeführte Hand durch das Diaphragma rhythmisch das Herz komprimierte, während die linke die Thoraxwand fixierte. Nach wenigen Augenblicken waren die Herzschläge, die gänzlich aufgehört hatten, wieder schwach wahrnehmbar. Nach einigen Minuten wurden sie regelmäßig und normal. Die künstliche Atmung wurde noch eine Viertelstunde fortgesetzt, bis auch die Respiration wieder spontan erfolgte. Die Operation wurde dann beendet. Das Bewußtsein kehrte aber nicht wieder. Nach 16 Stunden trat der Tod ein. Die Sektion ergab Gehirnödem. D. erwähnt einen gleichen Fall Cohen's, in dem Genesung erfolgte. **Graefe** (Halle a. S.).

6) **A. Hannecart** (Brüssel). Adnexitis und Beckenabszeß vom Appendix ausgehend.

(Journ. de chir. et Ann. de la soc. Belge de chir. 1905. Nr. 1.)

Plötzliche heftige Schmerzen in der rechten Fossa iliaca. Nach 14tägiger Rekonvaleszenz erneuter Anfall. Unter der rechten Fossa iliaca von der Vagina gut festzustellen eine Schwellung. Inzision etwas oberhalb des Schenkelringes. Zurückschieben des Peritoneum. Eröffnung des Abszesses, aus dem sich ca. ein Likörglas Eiter und ein Kotstein entleerte. Abfall des Fiebers. Nach 8 Tagen Bildung eines linksseitigen Abszesses. Eröffnung. Scheiden-Bauchdrainage. Reichliche Eiterung nahm allmählich ab. Eine kleine Fistel blieb. Köliotomie. Linksseitige Pyosalpinx von Apfelsinengröße mit einem Appendixabszeß kommunizierend.

Graefe (Halle a. S.).

7) **Rouffart.** Ein neuer Fall von Uretercystoneostomie. Heilung.

(Journ. de chir. et Ann. de la soc. Belge de chir. 1905. Nr. 2.)

10 Tage nach einer abdominalen Totalexstirpation Urinabgang durch die Vagina. Harnleiter-Scheidenfistel. Köliotomie. Schwierige Lösung von Netz- und Darmverwachsungen mit dem linken Lig.-lat.-Stumpf. Freilegen des ca. 1 cm breiten, linken Ureters bis zu seiner Einmündung in die Vagina. Heranziehen der Blase an denselben durch einen Zügel. Vereinigung des Blasenperitoneum und der hinteren Peripherie des Ureters durch eine in zwei Nadeln eingefädelte Catgutnaht, wie bei der Gastroenterostomie. Eröffnung der Blase ca. 1 cm unterhalb dieser Naht. Einführen des Ureterendes in die Öffnung. Befestigung desselben in der Blase durch zwei Nähte, welche seine äußere Fläche und die Blasenschleimhaut fassen. Fortsetzung der hinteren fortlaufenden Peritonealnaht um den Ureter. Vorn Schließung der Peritonealmanschette durch zwei Einzelnähte, um das Ureterende nicht wie in einer Tabaksbeutelnaht zu komprimieren. Fieberlose Heilung. Steigerung der Urinmenge vom ersten Tag an von 450 auf 1100 g. **Graefe** (Halle a. S.).

8) **L. Nenadovics** (Franzensbad). Über den Wirkungskreis der Balneotherapie in der Gynäkologie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Verf. gibt einen historischen Überblick über den Entwicklungsgang der gynäkologischen Balneotherapie bis auf die neueste Zeit. Aus demselben geht hervor, daß die ersten Anzeichen zu einer solchen in den Menstruationsstörungen gesucht wurden. Später wurden die entzündlichen Erkrankungen und zuletzt das Fibromyom in den Kreis dieser Therapie gezogen. Während man anfänglich den Trinkkuren größere Bedeutung als den Badekuren beimaß, wurden später die Solbäder bevorzugt, bis in der Gegenwart die Moorbäder die Hauptrolle in der gynäkologischen Balneotherapie spielen. Verf. stellt eine Arbeit in Aussicht, durch welche der letzteren für die Zukunft ein noch weiterer Wirkungskreis eröffnet werden soll.

Graefe (Halle a. S.).

9) **K. Reinecke** (Hameln). Drei Fälle vaginaler Ovariotomie nach Dührssen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 28.)

R. berichtet über fünf Fälle vaginaler Ovariotomie — zwei sind nach der Korrektur noch hinzugekommen —, welche alle glatt genasen, obwohl in zweien derbe Verwachsungen die Operation erschwerten. Stets wurde das vordere Scheidengewölbe durch ⊥-Schnitt eröffnet, die dann eröffnete Plica vesico-ut. ausgiebig gespalten, das Corpus uteri nach Entfernung des Tumors durch einen 1 cm unterhalb des Tubenansatzes durchgeführten Silkwormfaden vaginifixiert, das Peritoneum durch feine fortlaufende Catgutnaht isoliert vernäht.

Verf. verteidigt die Vaginifixur, unter Anführung anerkennender Äußerungen verschiedener Autoren, insbesondere gegen den Vorwurf, daß sie Geburtsstörungen zur Folge habe. Er bestreitet, daß letzteres bei richtiger, Dührssen streng folgender

Technik der Fall sei. Der vaginalen Ovariotomie rühmt er die bekannten Vorzüge vor der abdominalen nach. Bei ausgedehnten Verwachsungen rät er, alle Vorbereitungen für die letztere zu treffen, um, wenn sich die vaginale Operation als nicht durchführbar erweist, sofort zu jener übergehen zu können. **Graefe** (Halle a. S.).

10) L. Pick (Berlin). Über Adenome der männlichen und weiblichen Keimdrüse bei Hermaphroditismus verus und spurius.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Nachdem P. den mikroskopischen Hodenbefund bei einem kompletten männlichen Scheinzwitter mit doppelseitigem Kryptorchismus, über welchen Unger berichtet hat, eingehend beschrieben und festgestellt hat, daß sich in den Hoden rein tubuläre, von den präformierten Samenkanälchen, und zwar von Schläuchen der Follikelzellen ausgehende Adenome finden, teilt er eine sehr interessante Beobachtung von rein tubulärem Adenom des Eierstockes mit. Unter Beschreibung aller bisher bekannter Formen des Ovarialadenoms, insbesondere des von ihm als A. endometritides ovarii (wegen seiner frappanten Ähnlichkeit mit dem Endometrium corporis uteri) weist er auf die geradezu verblüffende anatomische Kongruenz jenes rein tubulären Adenoms mit den Adenomen in den Hoden des männlichen Scheinzwitters hin. Beigegebene Mikrophotogramme beider Präparate führen jene vor Augen. Aus dieser Kongruenz folgert er, daß es sich im fraglichen Falle um ein A. tubulare testiculare ovarii handelt, also um wahren Hermaphroditismus unter adenomatöser Umwandlung des männlichen Anteiles der Zwitterdrüse. Außer dieser Beobachtung führt Verf. noch zwei andere (Selin, Simon) an, bei denen sich unzweifelhaft eine Zwitterdrüse, ein Anostesis vorfand. **Graefe** (Halle a. S.).

11) R. Birnbaum (Göttingen). Beitrag zur Kenntnis der Hernia uteri inguinalis und der histologischen Veränderungen verlagerter Ovarien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 21.)

Bei einer 35jährigen, seit 11 Jahren verheirateten, nie menstruierten Frau war seit dem 5. Lebensjahre in der linken Inguinalgegend eine als Bruch angesprochene Geschwulst bemerkt. Bruchbänder waren verordnet, aber wegen Verursachung von Schmerzen nicht vertragen worden. Untersuchung ergab äußere Geschlechtsteile von etwas infantilem Charakter, sehr wenig behaart; Portio und Muttermund nicht vorhanden. Per rectum ein querlaufender Strang fühlbar. Die in der linken Inguinalgegend befindliche, walnußgroße Geschwulst, welche sich bis tief in die linke, große Schamlippe herunterschieben und bis zum linken Inguinalringe nach oben dislozieren ließ, wurde durch einen Längsschnitt freigelegt, bis zum Inguinalringe hinauf isoliert und hier abgetrennt. Schluß der Peritonealhöhle. Vernähung des restierenden Bindegewebsstranges an den inneren Leistenring In dem peritonealen Bruchsack fand sich ein solider, rudimentärer, 3,5 cm langer Uterus, links mit einer fadenförmigen Tube und einem Ovarium, während rechts die Anhänge fehlten.

Dem linken Ovarium fehlt das Oberflächenepithel. Im übrigen erinnerte es in seinem histologischen Bau durchaus an den fötaler Ovarien.

Den von Küstner gesammelten 15 Fällen von Hernia inguinalis fügt Verf. außer seiner Beobachtung noch 8 weitere bisher veröffentlichte hinzu. Die Ursache des Leidens ist keine einheitliche. Meist ist es angeboren und mit anderweitigen Bildungsanomalien vergesellschaftet. Unter den 15 Küstner'schen Fällen trat 8mal Schwangerschaft (2 Frühgeburten, 1 Abort, 4 klassische Kaiserschnitte, 1 Porro) ein.

Die beste Therapie ist die Taxis, meist aber nicht möglich. Dann ist Radikaloperation des Bruches mit Reposition der Gebärmutter, sind Uterus und Vagina rudimentär, Entfernung des in der Hernia liegenden Ovariums nebst Uterusrudiment indiziert. **Graefe** (Halle a. S.).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 28. Sonnabend, den 14. Juli. 1906.

I.

(Aus der gynäkologischen Abteilung des Rothschild-Spitals in Wien. Vorstand: Primarius Dr. Carl Fleischmann.)

Das Bier'sche Verfahren in intra-uteriner Anwendung.

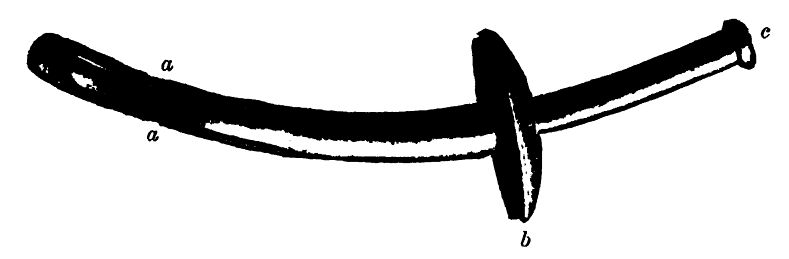
Von

Dr. **Felix Turán,**

Kurarzt in Franzensbad.

Die von Rudolph (1), R. Bauer (2), Frankl (3), Leo Wechsberg (4) und Lewith, Eversmann (5) mittels des Bier'schen Verfahrens erreichten Erfolge, sowie die von mir (6) durch intra-uterine Anwendung desselben gemachten Erfahrungen veranlaßten mich, die Versuche mit der intra-uterinen Saughyperämie in obiger Abteilung fortzusetzen, hauptsächlich um die Erscheinungen frei vom Einflusse gleichzeitig angewendeter balneotherapeutischer Maßnahmen beobachten zu können, da meine ersten Versuche in Kombination mit letzteren angestellt wurden. Durch allmähliche Überwindung mehrfacher, wohl kleinerer, aber immerhin störender Hindernisse, welche sich der Erlangung der Exaktheit und Bequemlichkeit des Verfahrens in den Weg stellten, ist es mir gelungen, eine bequeme Handhabe ermöglichende Technik zu konstruieren. Das Instrumentarium besteht aus folgenden Teilen: Den Hauptteil bildet ein gefensterter Metallkatheter, wie ich ihn bereits in d. Bl. 1906 Nr. 12 beschrieb (siehe Abbildung).

Der zweite Bestandteil ist eine umgekehrte λ-förmige, 4 cm lange Metallkanüle, deren vertikaler Zweig ein 3 cm langes, die zwei seitlichen Zweige je ein 12—15 cm langes Rohrstück tragen. Das kürzere Rohr vermittelt die Verbindung mit dem vaginalen Teile des Katheters *c*, eines der längeren wird mittels einer eingeschalteten Glaskanüle mit einem Manometer verbunden, das zweite dient zur Aufnahme der Saugspritze. Ausdrücklich zu bemerken ist, daß die Röhre aus einem, dem äußeren Luftdruck gegenüber widerstandsfähigen Material, also starrwandige sog. Vakuumröhren sein müssen; man kann auch Halbvakuumröhren verwenden.



Zum Ansaugen der Uterushöhle dient eine Saugspritze, deren Stange in Entfernungen von $^1/_2$ cm in ihrer ganzen Länge in alternierender Weise quer auf ihrer Längsachse durchbohrt ist; die Löcher sind zur Aufnahme eines metallenen Stiftes bestimmt, wodurch der entsprechend angezogene Kolben in der erreichten Lage festgehalten werden kann, und somit die sonst kontinuierlich auszuübende manuelle Zugkraft unnötig wird.

Die Bestimmung der Höhe des im Uterus entstehenden negativen Druckes geschieht mittels eines Manometers, der entweder am benachbarten Instrumententisch aufgestellt oder noch praktischer an der Wand befestigt werden kann. Der Manometer muß ebenfalls ein starrwandiges und je nach den Umständen verschieden langes Rohr tragen, welches durch die bereits erwähnte Glaskanüle mit dem Katheterrohrsystem in Verbindung gebracht wird.

Die Ausübung der Methode geschieht folgendermaßen: 1) äußere Reinigung des Genitales; 2) Einführung eines Cuscospiegels zur fixen Einstellung der Portio vaginalis, daraufhin gründliche mechanische Reinigung der Scheide, der Portio, insbesondere des äußeren Muttermundes; 3) die Portio wird rechts oder oben vor der Übergangsstelle in die Vaginalschleimhaut mit einer Kugelzange gefaßt und mäßig heruntergezogen. Nachher Einführung eines dünnen Katheters (Nr. 1), der bereits vorher mit dem Rohrsystem armiert worden ist, mit Hilfe einer Kornzange in den Uterus. Eine vorausgehende Dilatation des Cervicalkanales ist nicht notwendig, da derselbe bei der chronischen Endometritis zur Aufnahme eines dünnen Katheters meist genügend erweitert ist; 4) ganz leichte Tamponade des hinteren Scheidengewölbes mittels eines sterilen Gazestreifens, wodurch der Katheter festgehalten wird und den event. Lufteintritt durch den äußeren Muttermund ver-

hindert; 5) Applikation mittels Saugspritze, deren Wirkung der Manometer sofort verzeichnet. Je nach der Größe der Spritze wird die Hubhöhe verschieden groß ausfallen, d. h. die Spritze in verschiedener Länge angezogen werden müssen, um den gewünschten Druck zu erzeugen. Hat man den erreicht, wird der Stift in das zuletzt freigewordene Loch der Stange geschoben und die Spritze in die rechte Inguinalgegend der Pat. zurückgeschlagen oder, was noch bequemer ist, das zur Spritze führende Rohr mit einer starken Sperrpinzette abgeklemmt. Unter den beschriebenen Umständen wird es ermöglicht, daß der Druck selbst bei langer Dauer der Aspiration konstant auf der erreichten Höhe bleibt, was am Stande der Quecksilbersäule ersichtlich ist. Deshalb ist es vorteilhaft, nicht nur aus wissenschaftlichen, sondern aus Bequemlichkeitsgründen, wenn man jede Behandlung unter Kontrolle des Manometers ausführt, denn jede selbst geringste Drucksenkung wird ersichtlich und kann sofort auf den beabsichtigten Grad erhöht resp., wenn es anderwärtige Erscheinungen erheischen, noch mehr herabgesetzt werden. Unter letzteren kommt fast nur eine stärkere Blutung aus dem Endometrium in Betracht, die wieder in der gläsernen Verbindungskanüle kontrolliert werden kann. Die Aspiration und die dadurch hervorgerufene Hyperämisierung kann dann auf beliebig lange Zeit ausgedehnt werden — wenn man sie nämlich zur Verfügung hat. Denn das Verfahren erfordert keine besondere Geschicklichkeit, keine besondere Geduld, hauptsächlich nur — außer peinlichster Reinlichkeit — sehr viel Zeit. Demzufolge kann die ambulatorische Behandlung 20 Minuten nicht übersteigen, wiewohl das gute subjektive Befinden der Pat. während der ganzen Dauer der Aspiration es für längere Zeit zulassen würde. Aber nach den Erfahrungen des großen Begründers der Idee der passiven Hyperämie und auch anderer ist eigentlich nur bei deren längerer Dauer eine günstige Heilwirkung zu erwarten, und es ist nicht unwahrscheinlich, daß auch bei der intra-uterinen Saughyperämie durch Ausdehnung der Dauer der einzelnen Behandlungen bessere als die bisherigen Resultate zu erzielen sein werden. Ich habe es bereits schon erprobt, daß nach gehöriger Abklemmung der aus der Vagina heraushängenden Röhren und Entfernung des Spiegels die intra-uterinen Druckverhältnisse unverändert bleiben. Somit ist also die Möglichkeit vorhanden, daß das Verfahren außer und nebst ambulatorischer auch in häuslicher Behandlungsweise — ruhiges Verhalten der Pat. vorausgesetzt — ausgeführt werden kann, wo dann die Rücksicht auf die Behandlungsdauer nicht von der eben zur Verfügung stehenden Zeit abhängig, sondern von wissenschaftlicher Erfahrung bestimmt wird; 6) nach genügender Aspiration Entfernung des Katheters und des Gazestreifens, Abtrocknen der Portio und Vagina und Vorlegen eines Glyzerintampons vor den Muttermund. Im entfernten Katheter und in den Röhren findet man dann mehr oder weniger Schleim, der mitunter das ganze Rohrsystem ausfüllt, außerdem Blutstreifen, manchmal geronnenes Blut und in der zur Ausschwemmung benutzten Flüssigkeit Blutklumpen und Flocken.

Das ganze Verfahren wird nach 48, sogar ohne den geringsten Schaden schon nach 24 Stunden in der beschriebenen Weise wiederholt.

Zur Behandlung kamen vier unkomplizierte Fälle von Metritis und Endometritis chronica mit ziemlicher Menge eitrig-schleimigen Ausflusses; dabei bestanden lästige, mitunter sehr heftige subjektive Beschwerden, wie Brennen im Abdomen, Unterleibs- und Kreuzschmerzen, und sonstige Klagen, wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit, die sich besonders zur Menstrualzeit verschlimmerten. Die Kranken wurden je nach den Umständen — wie sie eben Zeit hatten, zur Ambulanz zu kommen — jeden zweiten oder jeden Tag behandelt, wobei alle sonstigen therapeutischen Maßnahmen, mit Ausnahme von wöchentlich zwei Sitzbädern, weggelassen wurden. Begonnen wurde mit einer Anfangsdauer von 5—6 Minuten und stieg allmählich bis zu höchstens 15—20 Minuten, da die Verhältnisse nicht mehr Zeit zuließen. Der Druck war im Beginne 50—60 mm (Quecksilber), welchen ich nach der 4.—5. Sitzung auf 80 mm steigerte. Probeweise erhöhte ich den Druck auch bis zu 100 mm, ohne daß die Pat. in subjektiver oder objektiver Hinsicht irgendeine Verschlimmerung dargeboten hätten, man konnte höchstens das eine oder andere Mal eine nicht beträchtliche Zunahme des ausgesaugten Blutes konstatieren. Die Gesamtdauer der Behandlung erstreckte sich auf 3—$3^1/_2$—5 und 6 Wochen mit 9—13—18 und 19 intra-uterinen Saugungen.

Was nun die mit der Methode gemachten Erfahrungen anbelangt, möchte ich selbe zusammenfassend im folgenden mitteilen. Die auffallendsten Veränderungen betreffen das subjektive Gebiet: an und für sich verursacht die Luftverdünnung im Uterusraum, ungeachtet der Dauer des Verfahrens, nicht die geringsten Schmerzen, auch nicht einmal andeutungsweise. Im Gegenteil, unmittelbar nach der Saugung gibt die Pat. an, sich wohler und an den Behandlungstagen sich besonders wohl zu fühlen. Die Beschwerden vermindern sich durchschnittlich schon nach 3—5 Sitzungen, um sich vom 7.—12. Behandlungstage an ganz zu verlieren. Auffallend war auch, daß die nach Angabe der Pat. sonst heftigen, krampfartigen Menstrualbeschwerden bei dreien nach ihrer Aussage gänzlich aufhörten. Man konnte vielleicht vermuten, daß in diesen Fällen die Schmerzlosigkeit der durch den längeren Gebrauch des Katheters bewirkten Geradestreckung des Uterus und Dilatation des Cervicalkanales und dem dadurch erzielten besseren Abflusse des Menstrualblutes zuzuschreiben wäre; aber in jedem der genannten Fälle war eine normale Anteflexion vorhanden.

Somit scheint das Verfahren nicht nur schmerzlos zu sein, sondern direkt schmerzlindernd, später sogar schmerzstillend zu wirken, was mit den bisherigen Erfahrungen auf nichtgynäkologischem Gebiete übereinstimmt. Dies hebe ich deshalb hervor, weil nach den Mitteilungen von Rudolph und Bauer während der Behandlung mittels vaginaler Suktion mitunter sehr heftige krampf- oder wehenartige Schmerzen im Uterus und Abdomen in solchem Grade auftraten, daß die Saugung nach letzterem nur in Intervallen zu je 5 Minuten fort-

gesetzt werden konnte. Allerdings rühren die Schmerzen bei der Suktion nicht von ihr als solcher her, sondern finden ihre Ursache nach Beobachtungen genannten Verfassers in den Kontraktionen des Uterus und in der schmerzhaften Dehnung der Parametrien, welche Akzidenzien bei der intra-uterinen Methode wegfallen.

Gleichzeitig mit der Linderung und dem Verschwinden der Schmerzen besserten sich auch die übrigen subjektiven Symptome: der Appetit, die Arbeitslust, die Frische der Psyche kehrten wieder zurück.

Bezüglich der objektiven Veränderungen waren die Resultate, wenn auch nicht im gleichen Maße wie bei den subjektiven, dennoch sehr befriedigende. Die Frauen berichteten mir, daß ihr Ausfluß sich nach einigen Tagen nach dem Beginne der Kur verringerte, und nach 8—10 Sitzungen hätten sie keinen mehr. Diese Angaben konnten durch die Kontrolle der Sekretion bestätigt werden, die bez. Quantität und Qualität eine fortschreitende Besserung aufwies. Was die quantitativen Verhältnisse betrifft, sah ich eine Verringerung der Sekretion in einem Falle schon am 2., in den übrigen aber durchschnittlich vom 3.—4. Tage an, allmählich wurde sie geringer, bis sie ganz minimal ward, in zwei Fällen war sogar ihr völliges Verschwinden zu konstatieren. Inzwischen traten wohl gewisse Schwankungen in der Sekretion auf, aber die Tendenz nach Verringerung ist schließlich doch deutlich hervorgetreten. In qualitativer Hinsicht bemerkte ich, daß das Sekret nach 5—7 Behandlungen sich in ein glasiges verwandelte, und wurde nach 8 bis 15 Sitzungen von seröser Beschaffenheit. Diese Beobachtungen befinden sich in Übereinstimmung mit allen denjenigen, die durch andere Maßnahmen, speziell durch Dilatation [Gattorno (7)] und Suktion erzielte Besserung der chronischen Endometritis zu beobachten Gelegenheit hatten.

Einen sehr günstigen Einfluß des Verfahrens konnte ich auf das Verhalten der Erosionen verzeichnen, die bei zwei Pat. bestanden. Die Erosionen wurden nämlich während der Behandlung immer blässer, nach 8—10 Sitzungen schienen sie wie von einer weißlich-opaken Glasur überzogen zu sein, und am 13.—15. Behandlungstage bekamen sie ein der normalen Schleimhaut ähnliches Aussehen: sie gingen in Heilung über.

Inwieweit die erzielten Resultate von Dauer sein werden, entzieht sich heute, wo ich fast knapp nach dem Abschluß der noch als **Versuch** geltenden Behandlungsmethode stehe, meiner Beurteilung. Gestützt aber auf die Tatsache, daß das intra-uterin angewendete Bier'sche Verfahren imstande ist, sehr gute subjektive und nicht unbedeutende objektive Besserungen hervorzurufen, ist die Hoffnung nicht von der Hand zu weisen, daß durch Ausdehnung der einzelnen sowie der gesamten Behandlungsdauer, vielleicht durch gleichzeitige Zuhilfenahme anderer Heilfaktoren, wie intra-uterine Spülung, Ätzung, Dilatation (Schultze, Gattorno), vaginale Suktion (**Rudolph**, **Frankl**, **Bauer** usw.) und der Balneotherapie, welche die lokalen Eingriffe infolge deren mehr oder minderen Schmerzhaftig-

keit bisher ausschloß, mit der intra-uterinen Saugmethode aber kombiniert werden kann — auch bessere Erfolge erreicht werden konnten.

Wiewohl nun eine Dauerheilung nicht zustande kam, ist die Frage dennoch berechtigt, worauf die beobachteten entschiedenen Besserungen zurückzuführen und welche die ursächlichen Momente sind, die besonders die objektiven Veränderungen hervorrufen?

An den Resultaten partizipieren entschieden mehrere Komponenten. Zuerst: es kann nicht bezweifelt werden, daß das Aussaugen, also die Entfernung des Sekretes aus der Gebärmutter, und die dadurch erfolgte mechanische Reinigung ihrer Höhle eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, denn auch bei der Heilung von Katarrhen aller übriger Organe ist dies ein wichtiges Moment. Bei der unter ziemlich hohem negativen Druck stehenden Saugung, wie es eben beim geschilderten Verfahren geschieht, wird höchstwahrscheinlich die Gesamtmenge des Uterusschleimes entfernt. — In zweiter Reihe kommt die durch Einführung und Liegenlassen des Katheters bewirkte, wenn auch mäßige Dilatation in Betracht, indem sie einen freieren Abfluß für das Sekret ermöglicht; aber mit der Dilatation, wie sie Schultze, Gattorno, Vulliet und viele andere ausüben, wo die Gebärmutter fingerweit durchgängig wird, kann sie ganz und gar nicht verglichen werden. Der Einfluß der Dilatation kann übrigens schon deshalb nicht in höherem Maße bewertet werden, denn obwohl der Cervicalkanal bei den ersten Saugungen für stärkere Katheter durchgängig wurde, war ich nach 7—10 Saugungen genötigt, wieder zum schwächsten Katheter zu greifen, um in die Gebärmutterhöhle gelangen zu können, offenbar weil inzwischen der Cervicalkanal seine frühere Dimension zurückerlangt hatte. Somit bleibt als drittes und wichtigstes Moment die durch Luftverdünnung hervorgerufene passive Hyperämie zur Erklärung der Resultate zurück.

Darauf, wodurch die passive Hyperämie im allgemeinen und speziell diejenige im Uterusinnern wirkt, kann ich mich mangels experimenteller Belege nicht einlassen. Gewisse objektive Zeichen deuten aber darauf hin, daß beim Verfahren wahrscheinlich durch Änderung der Zirkulationsverhältnisse, um einen Ausdruck Eversmann's zu gebrauchen, eine »allmähliche Gesundung des Endometriums« erfolgt. So z. B. konnte ich in jedem Falle beobachten, daß die Menge des Schleimes und der zahlreichen Flocken im Verlaufe der Behandlung konstant abnahm und besonders letztere schon nach einigen Saugungen verschwanden. Außerdem konnte ich die Wahrnehmung machen, daß bei den späteren Sitzungen, selbst wenn die Druckhöhe die gleiche wie bei den vorhergehenden Saugungen blieb, das herausgesaugte Blut immer weniger wurde. All diese Zeichen scheinen auf eine Regeneration des Endometriums hinzuweisen, als deren klinisches Zeichen auch die Zessierung der Menstrualbeschwerden gelten kann.

Der intra-uterinen Saughyperämie ist auch eine Tiefenwirkung zuzusprechen, wie dies Bier bereits schon bei anderen Organen nachwies. Speziell auf gynäkologischem Gebiete konnte dafür L. Wechs-

berg bei der vaginalen Suktionsmethode einen Beweis liefern. Meinerseits kann ich in dieser Hinsicht diese Beobachtung anführen, daß nach 4—5 Minuten vom Beginne der Behandlung die Portio sich bläulich verfärbt und mäßig anschwillt, was gewiß nur daraus erklärt werden kann, wenn man annimmt, daß bei der Saugung des Endometriums gleichzeitig das ganze Organ hyperämisch wird.

Als Resümee meiner bisherigen Versuche möchte ich folgende Schlußsätze aufstellen:

1) Die intra-uterine Anwendung des Bier'schen Verfahrens — Asepsis vorausgesetzt — ist scheinbar gefahr- und sicherlich schmerzlos;

2) sie hat eine schmerzlindernde Wirkung sowohl auf Menstruations-, als auf andere vom chronisch-entzündeten Uterus ausgehende Beschwerden;

3) sie vermindert in bedeutendem Maße die Sekretion bei chronisch-katarrhalischen Zuständen des Endometriums;

4) sie beeinflußt günstig die Heilungstendenz der Erosionen;

5) sie scheint eine Tiefenwirkung zu haben;

6) sie kann ambulatorisch ausgeführt werden und verhindert die Pat. nicht, ihrer gewohnten Beschäftigung nachzugehen.

Herrn Primarius Dr. Carl Fleischmann sage ich auch an dieser Stelle für die Überlassung der Fälle und seine vielfachen Anregungen meinen verbindlichsten Dank.

Literatur.

1) Jul. Rudolph, »Die Bier'sche Stauung in der gynäkologischen Praxis«. Zentralblatt für Gynäkologie 1905. Nr. 39.

2) Rob. Bauer, »Die Bier'sche Stauung in der gynäkologischen Praxis«. Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 47.

3) Osc. Frankl, Diskussion in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 11. Oktober 1905. Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 46.

4) Leo Wechsberg, Diskussion ibidem. Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 46.

5) J. Eversmann, »Die Bier'sche Stauung in der Gynäkologie«. Zentralblatt für Gynäkologie 1905. Nr. 48.

6) F. Turán, »Versuch mit dem Bier'schen Verfahren bei Endometritis chronica«. Zentralblatt für Gynäkologie 1906. Nr. 12.

7) S. Gattorno, »Zur Behandlung des Uteruskatarrhs«. Wiener klin. Wochenschrift 1890. Nr. 46.

II.

Vaginaler Kaiserschnitt bei der Moribunden; lebendes Kind.

Von

Dr. **Westphal** in Stolp.

Frau L. aus Stolp, 37 Jahre alt, hat 6mal geboren, 2mal Zwillingspaare, ärztliche Hilfe ist dabei nicht nötig gewesen. Jetzt besteht Schwangerschaft im 10. Monat. In den letzten 12 Wochen hatte die Frau viel unter Anschwellungen der Beine zu leiden, ohne deshalb einen Arzt zu Rate zu ziehen. Am 12. April 1906, abends

gegen $9^1/_2$ Uhr, traten heftige Kopfschmerzen auf, die sich so verschlimmerten, daß sich Frau L. alsbald zu Bett legen mußte. Wehen wurden nicht empfunden, trotzdem holte der Ehemann die Hebamme, die gegen 12 Uhr einen heftigen Eklampsieanfall feststellte, dem absolute Bewußtlosigkeit und schnarchende Atmung folgte. Von da an traten alle 10 Minuten schwere Anfälle auf, begleitet von Cyanose, Dyspnoe und zeitweisem Aussetzen der Atem- und Herztätigkeit. Wehen traten nicht ein, auch ich habe im ganzen Verlauf des Falles keine einzige Geburtswehe beobachtet. Von der zuverlässigen Hebamme wurden die ihr zugänglichen Mittel zur Behandlung des Allgemeinzustandes korrekt angewandt. Ärztliche Hilfe kam durch unglückliche Verkettung der Umstände erst um $3^1/_2$ Uhr hinzu. Der Fall war also verschleppt. Um $4^1/_2$ Uhr war die Kreißende moribund, das Bewußtsein war geschwunden, die Pupillen starr, alle Reflexe erloschen, alle 10 Minuten fast traten Krampfanfälle auf, die die bestehende Cyanose steigerten und Atem- und Herztätigkeit minutenlang zum Aussetzen brachten, so daß wiederholt Hervorziehen der Zunge und künstliche Atembewegungen in Anwendung gebracht wurden. Der Puls war flatternd, unregelmäßig, zeitweilig überhaupt nicht zu fühlen. Der aus der Blase durch Katheterismus entfernte Urin erstarrte beim Kochen. Die Schwangerschaftsuntersuchung ergab eine Gravidität im 10. Monat. Das Kind lag in I. Schädellage und lebte noch, seine Herztöne waren stark beschleunigt, unregelmäßig (160—180), zeitweilig nicht hörbar. Die Portio war erhalten, $2^1/_2$ cm lang ödematös, aufgelockert; der Finger drang durch den Mutterhalskanal leicht bis auf den in der Fruchtblase beweglich über dem Beckeneingange stehenden Kopf vor.

Die Hoffnung, in diesem schweren Eklampsiefall der Pat. das Leben zu erhalten, war sehr gering, doch mußte die Geburt schon zur Rettung des noch lebenden Kindes sofort beendigt werden. Ich machte daher mit Assistenz den vaginalen Kaiserschnitt, und zwar, da nicht die geringste Empfindung mehr vorhanden war, ohne Narkose. Dabei kam ich nach der seinerzeit von mir im Zentralblatt beschriebenen Methode[1] mit der Spaltung der vorderen Wand des Uterus aus. Das Kind wurde dann nach Sprengung der Blase gewendet und extrahiert, der Kopf nach Martin-Wiegand-Winkel entwickelt, ohne daß Nebenverletzungen auftraten. Das Neugeborene kam tief asphyktisch zur Welt, kam aber nach den üblichen Wiederbelebungsversuchen in $^1/_2$ Stunde zum Leben und befindet sich jetzt wohl (Gewicht 3150 g, Kopfumfang 35 cm, Länge 50 cm). Die Placenta wurde manuell entfernt, da eine genügende Kontraktion des Uterus ausblieb, und es daher atonisch nachblutete. Nach der Lösung und einigen Ergotininjektionen trat eine Blutung nicht mehr ein; deshalb wurde auch nicht tamponiert. Es folgte die Naht der gesetzten Wunden Dauer des Eingriffes vom Querschnitt über die Portio bis zur beendeten Entwicklung des Kindes $3^1/_2$ Minuten, bis zur Beendigung der Nachgeburtsperiode und der Naht: 15 Minuten.

Nach beendeter Operation, Bettung der Pat. in ein stark durchwärmtes Bett, Kochsalzinfusion, Anwendung von Analepticis bei sonstiger absoluter Ruhe, blieb das Koma trotzdem bestehen. Atem- und Herztätigkeit hoben sich nur vorübergehend, Cheyne-Stokes'sches Atmen trat ein, und der Tod erfolgte einige Stunden p. op. unter den Erscheinungen der Herzschwäche und des Lungenödems.

Bei der mit den beteiligten Ärzten (Dr. Rössler und Dr. Siegel, Stolp) abgehaltenen Epikrise des Falles erschien es uns zunächst klar, daß die Prognose für das Leben der Mutter von Anfang an absolut schlecht war, daß daher die bestehende Indikation zur sofortigen Beendigung der Geburt hauptsächlich vom Kinde, dessen Herztätigkeit bedenklich nachzulassen begann, ausging. — Ebensowenig war daran zu zweifeln, daß der Tod der Mutter infolge der schweren Eklampsie, nicht infolge des glatt verlaufenen Eingriffes erfolgt war. — Wollte man das Kind am Leben erhalten, so mußte man ein möglichst

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1904. Nr. 46.

schnelles Verfahren anwenden. Dies wird bewiesen durch die unregelmäßige und beschleunigte, teilweise aussetzende Herztätigkeit des Fötus vor der Geburt und die tiefe Asphyxie des neugeborenen Kindes, die durch die schnell beendigte Wendung und Extraktion nicht veranlaßt sein konnte. Vielleicht würde man, wenn man dem Fall allein in einer Arbeiterwohnung auf dem Lande gegenüber gestanden hätte, in Rücksicht auf die mangelnde Assistenz, zunächst eine stumpfe, manuelle oder instrumentelle Methode versucht haben in der Hoffnung auf ausgiebige Nachgiebigkeit der multiparen Gewebe. Dies Verfahren hätte aber im Interesse des bedrohten kindlichen Lebens in Form eines beschleunigten Accouchement forcé verlaufen müssen, das man im Verhältnis zur Sectio caesarea vaginalis nicht als schonend bezeichnen kann. Allerdings kommt ja dieser Punkt der Frage bei der Moribunden weniger in Betracht, aber solange noch ein Atemzug und ein Herzschlag da ist, darf die Rücksichtnahme auf das Kind nicht diejenige auf die Mutter zurückdrängen. Sicherlich aber hätten die stumpfen Erweiterungsmethoden bei erhaltenem Collum der vom Kinde ausgehenden, sich auf dessen Lebensrettung beziehenden Indikation nicht entsprochen. Die bei stumpfer Dilatation erforderliche längere Operationsdauer, die bei der wahrscheinlich ungenügenden Erweiterung notwendig werdende kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks und schließlich die in solchen Fällen besonders drohende Gefahr des späteren »Krampfes des Muttermundes«, der die Entwicklung des Kopfes sehr erschwert und gelegentlich noch nachträgliche Inzisionen nötig macht, dürften die Prognose in bezug auf das Leben des Kindes in solchen Fällen erheblich ad infaustum wenden.

Deshalb halte ich die Methode des vaginalen Kaiserschnittes, auch an Moribunden ausgeführt, im Vergleich zu den Konkurrenzverfahren für empfehlenswert, namentlich auch in Berücksichtigung der von Dührssen ausgeführten Gesichtspunkte[2], daß die Operation ungefährlich ist, so daß nicht der Einwand erhoben werden kann, dieselbe habe den Tod herbeigeführt, und daß die Operation nicht den schrecklichen Eindruck auf die Umgebung mache, wie der klassische Kaiserschnitt. »Aus diesen Gründen fallen auch alle die Schwierigkeiten weg in der Wahl des Zeitpunktes der Operation, es fällt die Frage weg, ob man an der Sterbenden oder erst an der Toten operieren soll, und die Entscheidung lautet dann einfach so, daß der vaginale Kaiserschnitt bei Lebensgefahr der Mutter und des Kindes vorgenommen wird, solange das Collum erhalten ist. Ist die Mutter zu der Zeit noch nicht moribund, so ist das um so besser, weil man dann vielfach durch die rasche Entleerung des Uterus nicht nur das Kind retten, sondern auch die Mutter am Leben erhalten kann.«

---

[2] Zentralblatt für Gynäkologie 1906. Nr. 15. p. 421 und v. Winckel's Handbuch Bd. III. 1. Tl. p. 604.

III.

Über das Verhalten des Menschen bei paragenitaler Zufuhr artgleichen Spermas.

Von

Dr. med. **W. Gessner** in Olvenstedt b. Magdeburg.

In dem Moment, wo sich Eizelle und Spermazelle vereinigen, beginnt für den mütterlichen Organismus eine Zeit, welche nur zu oft reich an Beschwerden ist, ja nicht selten mit der Vernichtung des mütterlichen Lebens endigt. Manche Frauen werden von dem Eintritte der Konzeption in ihrem Allgemeinbefinden so stark beeinflußt, daß sie bereits am anderen Morgen nach dem befruchtenden Beischlaf die eingetretene Schwangerschaft mit Sicherheit voraussagen können, bei anderen wiederum beginnen die Beschwerden erst ganz allmählich, steigen mit zunehmender Dauer der Schwangerschaft immer mehr an, um während der Geburt ihren Höhepunkt zu erreichen, und erst nach Ausstoßung der Frucht tritt wieder das alte Wohlbefinden ein. Bekanntlich pflegen alle diese Beschwerden während der ersten Schwangerschaft stärker aufzutreten, und ich brauche, um ein einschlägiges Krankheitsbild herauszugreifen, wohl nur an die Nierenstörungen der Schwangerschaft und die hiermit in gewissem Zusammenhange stehende puerperale Eklampsie zu erinnern.

Es hat nun gerade während des letzten Jahrzehntes gewiß nicht an Versuchen gefehlt, um das Gift gerade dieser letzteren mit Hilfe der chemischen, bakteriologischen und biologischen Untersuchungsmethoden am Ende der Schwangerschaft nachzuweisen, ohne daß sich bisher ein befriedigendes Resultat hätte erreichen lassen. Von diesen Überlegungen ausgehend, glaubte ich, daß es zur Lösung dieser Fragen von Interesse sein müßte, die Einwirkungen des menschlichen Spermas auf den menschlichen Organismus festzustellen, wenn man ihm dasselbe auf paragenitalem Wege, z. B. subkutan, zuführt. Zu diesem Zweck injizierte ich mir am 16. November v. J. an der Außenseite des linken Vorderarmes 1,5 ccm einer Spermalösung, welche ich mir aus dem frisch durch Reservoirkondom gewonnenen Sperma eines kräftigen jungen Mannes unter Zusatz von zwei Teilen physiologischer Kochsalzlösung hergestellt hatte. Ich hatte den letzteren Zusatz nur aus dem Grunde gemacht, um das zähschleimige Material dünnflüssiger und für die feine Kanüle der Subkutanspritze geeigneter zu machen. Die Wirkung, welche der 0,5 ccm Sperma auf meinen Körper hatte, bestand in einer Allgemein- und Lokalreaktion. Das Allgemeinbefinden war nur leicht, aber immerhin deutlich gestört: geringe Abgeschlagenheit und Neigung zu Schweißbildung, Puls 78, Temperatur vor der Injektion 37,1, am Abend 37,8, Urin eiweißfrei. Viel deutlicher war die Lokalreaktion ausgeprägt. Vom Moment der Injektion an hatte ich das Gefühl eines brennenden Schmerzes und zunehmender Spannung im Vorderarm, welches sich während des

Tages und der darauffolgenden Nacht noch fortwährend steigerte, so daß der Schlaf gestört war, und erst am Morgen des anderen Tages nachließ. Ebenfalls unmittelbar nach der Injektion begann sich der Arm leicht erythemartig zu röten und bis zum Handgelenk ödematös anzuschwellen. Vom anderen Tag ab ließ die spontane Schmerzhaftigkeit nach, dagegen blieb die ebenfalls allmählich abnehmende Infiltration der Haut noch 2 Wochen lang auf Druck schmerzhaft.

Daß es sich bei diesem Vorgang etwa um einen Prozeß infektiöser Natur handelte, dagegen sprach einmal der unmittelbar post injectionem erfolgende Eintritt der Schmerzhaftigkeit, ferner die 14 Tage lang bestehende Druckempfindlichkeit des eigentümlichen Hautinfiltrates. Ferner sprach dagegen, daß bei einer zweiten, Anfang Dezember erfolgten Injektion von 1,5 ccm Spermalösung keine Allgemein- und nur eine ganz leichte Lokalreaktion eintrat, die aber nach 2 Tagen bereits völlig verschwunden war, während ich mit derselben Spermalösung bei zwei Frauen (ebenfalls je 1,5 ccm) eine deutliche Reaktion von 2 resp. 3 Wochen Dauer erzielen konnte. Endlich sprach dagegen, daß mein Blutserum deutlich agglutinierende Eigenschaften gegenüber menschlichen Spermatozoen besaß, wiewohl, wie ich gleich hier vorausbemerken will, auch das Serum nicht vorbehandelter Individuen deutliches Agglutinationsvermögen zeigt.

Aus all diesen Gründen halte ich den am Arme sich abspielenden Prozeß für eine sog. Überempfindlichkeitsreaktion, d. h. das menschliche Sperma wirkt bei paragenitaler Zufuhr auf den Menschen genau so, wie ein artfremder Eiweißkörper, z. B. Blutserum, bei wiederholter parenteraler Zufuhr wirken würde. Während nämlich z. B. 200 ccm Pferdeserum bei erstmaliger Injektion lokal keine Erscheinungen machen, tritt bei Reinjektion von nur 1—10 ccm Pferdeserum — frühestens 10—12 Tage nach der ersten Injektion — eine deutliche Überempfindlichkeitsreaktion an der Injektionsstelle auf.

Diese »sofortige Lokalreaktion« oder das »spezifische Ödem« tritt nur bei nochmaliger Injektion von Pferdeserum in Erscheinung, während Schweine- oder Rinderserum vollständig wirkungslos sind, so daß man also von dem Auftreten einer Überempfindlichkeitsreaktion der Injektionsstelle auch rückwärts den Schluß machen kann, daß das in Frage kommende Individuum bereits früher einmal unter der Einwirkung des injizierten Stoffes gestanden haben muß. Dabei braucht die erste Injektion durchaus nicht ebenfalls subkutan gemacht zu sein, sondern kann ebensogut intraperitoneal erfolgt sein, für das Erscheinen der sofortigen Lokalreaktion bei der zweiten Injektion ist das durchaus gleichgültig. Auf p. 92 ff. ihres Werkes »Die Serumkrankheit« schildern v. Pirquet und Schick[1] die bei Reinjizierten auftretende »sofortige Lokalreaktion« mit folgenden Worten: »Das Charakteristische des spezifischen Ödems liegt in dem Umstande, daß die durch

---

[1] Die Serumkrankheit. F. Deuticke's Verlag, Leipzig und Wien, 1905. — Darin auch umfassendes Literaturverzeichnis.

die Injektion von Serum gesetzte Schwellung nicht verschwindet, sondern allmählich in ein immer intensiver werdendes Ödem übergeht.« .... »Das spezifische Ödem ist nur dann anzunehmen, wenn nach Injektion einer geringen Menge von Serum (1—10 ccm) eine unverhältnismäßig große Schwellung auftritt. Ganz speziell geeignet dazu sind Injektionen von 1 ccm in den Unterarm, wo dann nach 12—20 Stunden die Schwellung vom Handgelenke bis über das Ellbogengelenk reicht, blaß oder leicht gerötet ist. Solange die Schwellung zunimmt, ist der Arm äußerst schmerzhaft; die spontane Empfindlichkeit läßt nach, sobald die Schwellung ihren Höhepunkt erreicht hat. Der Druckschmerz hält noch längere Zeit an. Die Schwellung beginnt, genau genommen, vom Moment der Injektion, langsam ansteigend; sie erreicht ihr Maximum ungefähr 24 Stunden später, fällt dann im Verlaufe von 2—5 Tagen wieder vollständig ab. Beim Menschen kommt es nur ganz ausnahmsweise nach der Reinjektion zu den lokalen Nekrosen, wie man sie bei den vielfach reinjizierten Kaninchen nicht selten sieht (Arthus).«

Genau denselben Befund erhält man, wenn man einem erwachsenen Menschen geringe Mengen artgleichen Spermas subkutan injiziert, d. h. das Eindringen der Spermazelle bei der Zeugung macht den Organismus zeitlebens überempfindlich gegen nochmalige Zufuhr von Spermatozoen auf paragenitalem Wege.

Was nun die subkutanen Injektionen von Spermalösungen bei anderen Individuen anlangt, so war die Allgemeinreaktion nicht immer deutlich ausgeprägt, in einigen Fällen fehlte sie ganz, die sofortige Lokalreaktion habe ich aber noch bei keinem Injizierten vermißt, sie hatte stets genau den oben beschriebenen Verlauf. In der Dosierung bin ich bis zu 10 ccm Spermalösung, d. h. also 3,3 ccm Sperma gestiegen, und zwar bei einer Frau, bei welcher ich die künstliche Frühgeburt eingeleitet hatte. Dieselbe erklärte, sie hätte in ihrem Leben noch nie so geschwitzt, wie nach dieser Injektion. Puls, Temperatur und Urin blieben normal. Die Lokalreaktion war aber besonders stark ausgebildet; noch 6 Wochen später konnte ich den letzten Rest des etwas pigmentierten Hautinfiltrates nachweisen. Überhaupt reagieren Schwangere und auch Wöchnerinnen lokal entschieden stärker als andere Frauen oder erwachsene Männer. Bei Kindern habe ich keine Injektionen vorgenommen, wiewohl ich von den letzteren bei keinem der Injizierten einen dauernden Schaden habe feststellen können. Nur kam es in zwei Fällen zur lokalen Nekrose der Injektionsstelle, das eine Mal am 10. Tage post injectionem unter den Erscheinungen des kalten Brandes, das andere Mal am 5. Tage unter den Erscheinungen des heißen Brandes. Sonst habe ich, wie gesagt, von den Injektionen nicht nur keinen Schaden, sondern in manchen Fällen sogar entschiedenen Nutzen entstehen sehen, z. B. bei hartnäckiger Blutarmut, ferner in einem Falle von Inkompensation bei Herzklappenfehler (Hydrops).

Wenn ich nun auch weit davon entfernt bin mit Brown-Séquard

und d'Arsonval, welche 1889 die ersten Injektionen von artfremdem Hodenextrakt beim Menschen ausführten, etwa anzunehmen, daß man mit derartigen Injektionen den alternden Menschen verjüngen könne, so ist doch durch die interessanten Untersuchungen Pöhl's[2] festgestellt, daß dem Spermin ein unzweifelhafter Einfluß auf den Ablauf des Stoffwechsels zukommt, welcher sich an dem Harnkoeffizienten (Verhältnis der Harnstoff-Stickstoffmenge zum Gesamtstickstoff des Harnes, normal wenigstens 91 : 100) ziffernmäßig nachweisen läßt. »Die rationelle Organotherapie im allgemeinen und die Spermintherapie im speziellen«, so schließt Poehl seine Ausführungen, »ist berufen die Forschungen auf dem Gebiete der Autointoxikationen zu fördern, und zudem gibt diese Therapie dem Arzte die Mittel an die Hand, die Krankheitssymptome, in vielen Fällen auch die Krankheitsursachen, günstig zu beeinflussen, ohne dem Kranken zu schaden.«

Diese eigenartige Wirkung, welche schon das artfremde Spermaprodukt im menschlichen Organismus hervorruft, dürfte in noch höherem Grade der artgleichen Spermazelle innewohnen. Übrigens habe ich dieselben Erscheinungen, wie mit der oben beschriebenen Spermalösung und mit einem Spermaextrakt hervorrufen können, den ich mir nach Art des Alttuberkulin hergestellt hatte. Der Verlauf der Lokalreaktion ist bei Injektion des Spermaextraktes ein etwas abgekürzter.

Wäre die Spermazelle nicht ganz anders geartet, wie die anderen Körperzellen, so könnte sie unmöglich jenen geheimnisvollen Reiz auslösen, welcher die Eizelle zur Proliferation und zur Bildung eines neuen Individuums treibt. Wie nun die sofortige Lokalreaktion nur den makroskopisch wahrnehmbaren Gegenreiz darstellt, welchen die im Unterhautgewebe als Reiz wirkenden Spermatozoen hervorrufen, so läßt sich derselbe Vorgang sehr schön auch unter dem Mikroskop verfolgen, wenn man die einander entgegenwirkenden Faktoren künstlich zusammenbringt. Wie schon oben mitgeteilt, agglutiniert das Blutserum von Männern und Frauen, noch schneller dasjenige von Schwangeren und Wöchnerinnen die in dem Sperma enthaltenen Spermatozoen. Ich habe die besten Resultate auf folgende Weise erhalten: Von ganz frisch gewonnenem Sperma wurden auf zwei Objektträger je ein gleichgroßes Tröpfchen gebracht, dann das eine mit einem Tröpfchen physiologischer Kochsalzlösung, das andere mit einem Tröpfchen des zu untersuchenden Blutserums vermischt und nun vorsichtig die Deckgläser aufgelegt, so daß keine Luftblasen unter denselben zurückblieben. Dann wurden die Präparate 6—12 Stunden unberührt liegen gelassen, da doch erst nach Stunden das Optimum der Wirkung einzutreten pflegt, und bei früheren Untersuchungen durch etwaige Berührungen des Deckglases mit dem Objektiv nur Strömungen in der Flüssigkeit erzeugt werden, welche dem Agglutinationsprozeß schädlich sind. Der dem einen Präparate zugesetzte Tropfen physiologischer Kochsalzlösung soll nur die Dichtigkeitsverhältnisse der

---

[2] Journal für medizinische Chemie und Organotherapie. Petersburg, 1905.

Spermatozoen in beiden Fällen ungefähr gleich machen. Betrachtet man nach der oben angegebenen Frist beide Präparate, so sieht man in dem einen die Spermatozoen meistens einzeln oder doch nur in geringer Zahl beieinander liegen, während dieselben bei dem mit Serum versetzten Präparat in dichten Haufen zusammenliegen und auch in der Schärfe der Konturen geschädigt erscheinen. Daß man unter Zuhilfenahme eines Thermostaten bei einer Temperatur von 37° den Agglutinationsprozeß wesentlich verschärfen und beschleunigen kann, lehren die analogen Erfahrungen mit der Gruber-Widal'schen Reaktion. Auch dürfte es bei Bluttemperatur gelingen, graduelle Unterschiede in dem Agglutinationsvermögen durch Herstellung von Verdünnungen des jeweiligen Blutserums festzustellen und damit auf biologischem Weg eine bestehende oder überstandene Schwangerschaft zu diagnostizieren.

Daß man mit Hilfe der biologischen Untersuchungsmethoden auch auf dem Gebiete der Physiologie der Schwangerschaft recht interessante Resultate erzielen kann, haben die Feststellungen Halban's[3] über das verschiedene Agglutinationsvermögen des mütterlichen und kindlichen Blutserums gegenüber artgleichen roten Blutkörperchen bereits bewiesen. Wenn in gleicher Weise an einem großen klinischen Material das Verhalten des mütterlichen und kindlichen Blutserums gegenüber artgleichen Spermatozoen geprüft sein wird, wobei natürlich Fällen von Hyperemesis oder Nephritis gravidarum und Eklampsie besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist, so ist der Zweck, den ich mit dieser vorläufigen Mitteilung im Auge habe, erreicht. Desgleichen wäre festzustellen, ob die durch wiederholte Injektion von Spermalösungen erreichbare Spermaimmunität sich auch praktisch verwertbar erweist.

Jedenfalls dürfte aber die Erkenntnis, daß wir es, wie bei allen Infektionsprozessen, so auch bei der Befruchtung und Schwangerschaft, lediglich mit der Wirkung von Eiweißkörpern zu tun haben, die wie das Sperma auch bei Artgleichheit toxisch oder doch wenigstens reizend wirken können und bei ihrer physiologischen Bestimmung sogar müssen, eine weitere Stütze für die Ansicht jener Autoren abgeben, welche die Ursache der Eklampsie in letzter Linie in die Frucht verlegen. Dieser Intoxikationsprozeß tritt aber erst ein, wenn es auf andere, zwar ebenfalls durch die Schwangerschaft bedingte, aber nicht auf die Spermawirkung zurückzuführende Weise zu einer Schädigung der Nieren gekommen ist. Denn wie ich oben bereits mitgeteilt habe, führt selbst die Injektion größerer Mengen von Spermalösung auch am Ende der Schwangerschaft keine Nierenstörungen herbei. Wie es infolge der Schwangerschaft primär zu Nierenstörungen kommen kann, kann ich an dieser Stelle nicht näher auseinander setzen, und verweise ich auf meine diesbezüglichen Ausführungen in Nr. 35 und 36 der Wiener klinischen Rundschau 1905.

---

[3] Wiener klin. Wochschr. 1900 Nr. 24 u. Wiener med. Wochschr. 1902. Nr. 12.

Die obigen Versuche lassen sich eben nur am Menschen anstellen, da man reifen Samen — und darauf kommt es hauptsächlich an — nur von diesem erhalten kann. Aus demselben Grunde mußte ich andererseits, um auch die Wirkung der reifen artgleichen Eizelle prüfen zu können, zum Tierversuch an Vögeln greifen. Zu diesem Zwecke wurden frisch gelegte und sicher unbefruchtete Hühnereier in einer Reibschale zu einer homogenen Masse verrührt und artgleichen Tieren beiderseits unter die Brustmuskelhaut injiziert. Die Wirkung war durchaus negativ, das Allgemeinbefinden der Tiere war in keiner Weise gestört. Ebenso negativ fielen die Injektionen von frischen, artgleichen, befruchteten Vogeleiern bei Hühnern und Tauben aus. Ähnliche Versuche mit angebrüteten Hühnereiern, welche Rössle[4] zwecks Klärung der Karzinomfrage unternommen und kürzlich veröffentlicht hat, haben wie die gleichen früher von Lengemann und Lubarsch angestellten Experimente keinen schädlichen Einfluß des embryonalen Gewebes auf den artgleichen, erwachsenen Organismus erkennen lassen.

Und was die von den einzelnen Autoren der verschiedenen placentaren Theorien der Eklampsie angestellten Injektionsversuche mit menschlicher Placenta an Tieren anlangt, so lauten deren Ergebnisse noch so verschieden, daß von einer Klärung dieser Frage noch nicht gesprochen werden kann. Bei einer solchen Versuchsanordnung macht schon die Nebenwirkung des artfremden Eiweißes die Frage noch komplizierter und muß ausgeschaltet werden. Ferner darf nur ganz frisches und möglichst unverändertes Placentargewebe in Anwendung gebracht werden, da die Placenta ein eiweißspaltendes Ferment enthält: Hofbauer[5] konnte Albumosen, welche im kindlichen und mütterlichen Blute stets fehlen, in der Placenta nachweisen. Und gerade diese Eiweißkörper wirken, parenteral zugeführt, sehr stark toxisch. Vornehmlich diese Fehlerquelle dürfte bei manchen der bisher veröffentlichten Injektionsversuche mit menschlicher Placenta an Tieren eine Rolle gespielt haben und muß daher ausgeschaltet werden. Unter derartigen Kautelen angestellte Versuche mit ganz allmählich steigenden Dosen von frischem Placentarpreßsaft an gesunden Schwangeren dürften ebenso negativ ausfallen, wie die von Rössle angestellten Eperimente mit artgleichem, embryonalen Gewebe an erwachsenen Tieren (cf. auch die von Schmorl gefundenen Placentarembolien bei nicht an Eklampsie gestorbenen Wöchnerinnen).

Ehe es eben zum Ausbruch der Eklampsie beim Menschen kommt, müssen alle jene verschiedenen Schutzorgane ihren Dienst versagt haben, welche der Organismus zu seiner Entgiftung besitzt und als deren für die Schwangerschaft wichtigstes sicher die Placenta mit ihrem ausgedehnten Gefäßgebiet anzusehen ist (Charrin und Goupil), und erst in zweiter Linie kommen hierfür Leber und Nieren in Be-

---

[4] Münchener med. Wochenschrift 1906. p. 142.

[5] Biologie der Placenta, Braunmüller's Verlag, Wien-Leipzig 1905.

tracht. Überhaupt ist die entgiftende Funktion der Leber, wie Rothberger[6] nachgewiesen hat, bisher bei weitem überschätzt worden, da jeder Zelle des Organismus die Fähigkeit des Entgiftens innewohnt. Rothberger konnte durch vergleichende Injektionen in die Pfortader, die Vena saphena und die Arteria femoralis zeigen, daß die einzelnen Organe eine um so größere Fähigkeit des Entgiftens besitzen, je größer das in ihnen enthaltene Kapillargebiet ist, d. h. je geringer die in der Zeiteinheit den empfindlichen Körperzellen zuströmende Giftmenge ist. Und nur wegen der großen Ausdehnung des Kapillargebietes der Leber kommt diesem Organ eine Hauptrolle bei der Entgiftung aller möglichen Körpergifte zu.

Und zu diesen Körpergiften ist ohne Zweifel auch das artgleiche Sperma zu zählen, wovon man sich jederzeit durch eine einfache Injektion am eigenen Körper überzeugen kann. Daher ist auch die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß ebenso, wie das absichtlich injizierte Sperma im subkutanen Gewebe pathologische Veränderungen hervorruft, welche der Körper erst nach wochenlangem Kampfe zur Norm zurückzuführen vermag, auch das zufällig und unbemerkt in Wunden oder Epitheldefekte gelangende artgleiche Sperma zu pathologischen Bildungen Veranlassung geben kann, wenn eben noch eine weitere Bedingung erfüllt ist, daß nämlich jene als Schutzwirkung des Körpers aufzufassende Überempfindlichkeitsreaktion nicht genügend stark in Tätigkeit tritt und die eindringenden Spermatozoen vernichtet. Jedenfalls dürfte die oben beschriebene Spermawirkung auch bei der Klärung der Ätiologie der Geschwülste in Betracht zu ziehen sein. Die ganz auffallende Häufigkeit von Geschwulstbildungen an den menschlichen Geschlechtsorganen und ihrer Umgebung würden einer derartigen Annahme mindestens entgegenkommen. Diese Auffassung, welche der in den letzten Jahren wiederholt von Kelling[7] vertretenen Ansicht von der Ätiologie der Geschwülste ähnelt, aber durchaus nicht mit ihr identisch ist, läßt sich ebenfalls nur mit Hilfe der biologischen Untersuchungsmethoden, speziell auch der Präzipitinreaktion, an einer größeren Zahl von Karzinomfällen entscheiden.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. November 1905.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Metzlaar und Hoefer demonstrieren eine seltene kongenitale Störung eines Neugeborenen.

Das Kind wurde mit Genital- und Rektalatresie geboren. 24 Stunden nach der Geburt wurde der Versuch gemacht, die Atresie des Rektums operativ zu

[6] Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 31.
[7] Münchener med. Wochenschrift 1904. p. 1919.

beseitigen; es war jedoch auf 6 cm Tiefe kein Darm zu erreichen; das Kind war sehr schwach und starb 8 Stunden später.

Sektion: Beide Nieren gelappt, rechtes Nierenbecken erweitert, beide Ureteren stark gedehnt, der rechte 8, der linke 4 mm im Durchschnitte. Beide münden in die taubeneigroße, gefüllte Blase, aus der sich eine feine Sonde durch die Urethra schieben läßt.

Magen und Dünndarm normal, Dickdarm endigt links in der Höhe des 3. Lendenwirbels blind, jedoch läßt sich von da eine feine Sonde tiefer führen, die in der Blase ausmündet.

Nach rechts steigt aus dem kleinen Becken ein wurstförmiger Sack, 6 cm lang, 3 cm breit, der, nach oben geschlossen, frei in die Bauchhöhle ragt und sich nach unten im Beckenbindegewebe verliert. Dem Sacke liegt von außen ein kleiner platter Körper an.

Der Inhalt des Sackes ist eine blutig-wäßrige Flüssigkeit. Die 5—6 mm dicke Wand zeigt mikroskopisch im oberen Abschnitt einen inneren Belag von Zylinderepithel, im unteren von Plattenepithel. Der platte Körper erweist sich mikroskopisch als Ovarium.

Links neben dem linken Ureter liegt ein länglicher Körper, 17 mm lang, 4 mm breit, 1,5 mm tief, der sich mikroskopisch als Ovarium erweist. Median davon die linke Tube, die nach unten in einen soliden Uteruskörper ohne Lumen ausläuft. Rechte Vagina, rechte Tube und rechter Uterusrest fehlen.

M. glaubt, daß es sich um einen Uterus duplex handelt.

Kouwer glaubt richtig verstanden zu haben, daß es sich um Uterus bicornis mit Hämatometra und Hämatokolpos, bzw. Hydrometra und Hydrokolpos der rechten Seite handelt. Doch erscheint ihm der Inhalt des Sackes sehr eigentümlich, wie mit Mekonium gemengt.

Metzlaar hält die Möglichkeit einer früheren Kommunikation des Sackes mit dem Darm und die dadurch entstandene Veränderung des Inhaltes nicht für ausgeschlossen.

van Tussenbroek fragt, ob in der Wand des Sackes sich ein Flechtwerk von Bindegewebszellen gefunden habe, das an den Bau der Uteruswand erinnert.

Metzlaar: Die Muscularis bestand aus einer inneren Lage von konzentrischen und einer äußeren von longitudinalen Zügen. Darmmucosa war nirgends nachzuweisen.

Treub erinnert daran, daß er vor kurzem ein ähnliches Präparat mit doppelseitiger Hydrosalpinx von Mynlieff empfangen und demonstriert habe.

Kouwer findet das Präparat wichtig genug, um ihm eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung angedeihen zu lassen.

Metzlaar und Hoefer versprechen ihr möglichstes zu tun.

Stratz zeigt ein Buch von Rueffius, zu Frankfurt im Jahre 1580 gedruckt, in dem unter dem Namen »Speculum matricis« ein Instrument abgebildet ist, das nach Form und Anwendung dem neuerfundenen Dilatator von Bossi gleich ist.

Kouwer hat aus der Utrechter historischen Sammlung ein großes Instrument mitgebracht, das genau der von Stratz gezeigten Abbildung entspricht.

Treub hält dies Instrument für einen Dilatator vaginae und glaubt nicht, daß man darin einen Vorläufer von Bossi sehen könne.

Stratz bemerkt, daß in Rueffius' Buch jedenfalls zwischen Orificium externum und internum unterschieden wird, und daß dies Instrument ausdrücklich für das Orificium internum empfohlen wird, womit wohl nur das Ostium uteri gemeint sein könne.

Kouwer zeigt als Gegenstück den achtarmigen Dilatator von Kaiser (d. Bl. 1902 p. 1075), betont aber, daß er es noch nie anzuwenden nötig hatte, und hofft, daß derartige Instrumente hier nicht populär werden.

Treub bemerkt, daß seit Leopold's Plaidoyer für Dilatation mindestens 24 Modifikationen des Bossi'schen Instrumentes mit 8—12 Beinen veröffentlicht worden sind.

Stratz demonstriert eine totgeborene Frucht männlichen Geschlechtes mit großer Encephalokele. Die Größe des Kindes (10 Pfund) gab Indikation zu einer sehr schwierigen Wendung.

Im Anschluß daran einige Zeichnungen von Früchten mit amniotischen Verwachsungen, Encephalokelen, Anencephalen und Hydrocephalen. (Ausführliche Veröffentlichung in Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie.)

S. fand, daß in den meisten von ihm beobachteten Fällen die Akranie mit Hydramnios gepaart war, und daß obstetrisch, außer Hydrocephalen, niemals die Anomalie an und für sich, sondern nur die Größe des Kindes eine Indikation zu operativen Eingriffen bot.

Holleman bemerkt, daß in seinen Fällen das Zusammentreffen von Hydramnion mit Anencephalie keineswegs häufig war.

Treub hält dies auch nicht für konstant.

Kouwer fragt, ob nicht eine Uterusruptur entstanden sei.

Stratz hat darauf geachtet, aber kein Symptom gefunden. Der Uterus war gut kontrahiert, die Nachblutung gering.

Bezugnehmend auf die Diskussion in der vorigen Sitzung über Uterusparalyse und Perforation berichtet Treub über zwei Fälle, die beweisen, wie leicht der Uterus perforiert werden kann, ohne daß alarmierende Symptome auftraten.

1) Verkäuferin, hat sich durch eine »Sachverständige« zur Unterbrechung der Schwangerschaft ein Bougie einführen lassen, worauf sie wieder ihren Geschäften nachging. Sie suchte es später selbst zu entfernen, bekam jedoch nur den Knopf heraus, das Bougie blieb sitzen. 3 Wochen später kam sie in die Klinik mit leichter Blutung und subfebriler Temperatur. Im Cavum Douglasii fühlte man teigartige Resistenz, über der Symphyse einen fluktuierenden Tumor. Inzision eines präperitonealen Abszesses, in dem das Bougie liegt.

2) Eine Frau, die schwanger zu sein glaubt, weil die Menses 8 Tage über die Zeit wegblieben, schiebt sich selbst einen Katheter in den Uterus, kann ihn nicht wiederfinden und meldet sich 3 Tage darauf in der Frauenklinik. Im Cavum Douglasii war eine kugelige Resistenz zu fühlen. Kolpotomie, nichts gefunden. Uterus dilatiert, kein Katheter darin; mikroskopisch untersuchte Schleimhaut zeigt Deciduazellen. Zunehmendes Fieber. Schwellung über dem rechten Lig. Pouparti; darauf Eiter im Urin. Inzision im Cavum Retzii, parallel zur Symphyse, womit der Katheter gefunden und entfernt wird.

Abgesehen von dem anfangs symptomlosen Verlaufe, sind diese Fälle auch charakteristisch für den Leichtsinn des Publikums dem Abortus criminalis gegenüber.

Pompe van Meerdervoort demonstriert einen Uterus, der total exstirpiert wurde, mit einem großen Loche, das in einen parametritischen Abszeß ausmündete; der Abszeß erstreckte sich bis über den Trochanter, so daß P. erst an eine Hüftgelenksaffektion gedacht hatte. Trotzdem Pat. den Abortus provocatus leugnet, glaubt er doch, daß dadurch die akute, 4 Wochen vorher entstandene fieberhafte Erkrankung hervorgerufen wurde.

Kouwer stimmt Treub bei, daß der Abortus criminalis außerordentlich populär ist. Was die Uterusperforationen betrifft, so wundert er sich, daß bei Partus arte praematurus so selten — ihm ist nur ein Fall von Treub bekannt —, bei Curettage so häufig eine Perforation vorkommt. Vermutlich wird wohl bei letzterer nicht immer die nötige Vorsicht angewendet.

Holleman wurde von einem Arzte konsultiert, der eine große granulierende Masse in der Vagina fand, in der sich etwas Hartes fühlen ließ. H. entdeckte einen Katheter, dessen eines Ende im Fundus uteri steckte, während das andere die Blase perforiert hatte und dort zu einem großen Stein inkrustiert war. Die Frau ist 49 Jahre alt; 4 Jahre vorher war wegen des Wegbleibens der Menses (Klimakterium, das für Schwangerschaft angesehen wurde) von einem Studierenden der Medizin der Katheter eingeführt worden.

Sitzung vom 15. Dezember 1905.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

van der Hoeven demonstriert:

1) Uterus mit Chorioepithelioma malignum, vaginal exstirpiert. Pat. wurde vor 2 Jahren, Februar 1904, schwanger; nach 4 Monaten wurde eine Mola hydatitosa ausgestoßen, darauf wegen Blutungen innerhalb $1^1/_2$ Jahren viermal ohne Erfolg curettiert. Jetzt, nach so langer Zeit, war der Uterus noch vollkommen frei beweglich und leicht zu entfernen.

2) Retrouterinen Tumor, 10 Tage post partum durch Morcellement vaginal entfernt. 21jährige Parturiens. Im kleinen Becken, dicht unter dem Promontorium, ein Tumor, zwischen Rektum und Vagina, von allen Seiten frei. Leichte forcipale Extraktion eines lebenden Kindes an dem Tumor vorbei. Pat. fiebert, der Tumor wächst rapid, am 10. Tage leicht mit Colpotomia posterior entfernt. Das Bett erstreckt sich über die Vagina hinaus bis hinter die Cervix.

Mikroskopisch fanden sich in dem Tumor: Drüsenschläuche, in cytogenem Bindegewebe, Muskelfasern; Kalk, Knorpel, Haut mit Unterhautfettgewebe.

Offenbar handelt es sich um ein Derivat des Wolff'schen Körpers, das histogenetisch sehr interessant ist.

Nijhoff fragt, ob das schnelle Wachstum durch sarkomatöse Elemente erklärt werde.

van der Hoeven hat bisher zu seiner Verwunderung in den bereits untersuchten Partien kein Sarkom gefunden; zum Teil ist das rasche Wachstum jedoch durch größere Hämorrhagien in den Tumor zu erklären.

Stratz fragt, ob auf die Ovarien und deren Beziehungen zu dem Tumor geachtet wurde.

van der Hoeven hat weder vorher noch nachher die Ovarien fühlen können; die topographischen Verhältnisse machen es aber in hohem Maß unwahrscheinlich, daß der Tumor von ihnen ausgeht.

Nijhoff demonstriert einen Schlüsselhaken, der aus einem Stücke verfertigt ist.

Meurer: Komplikation von Gravidität mit Vitium cordis.

M. hat sechs Fälle beobachtet:

1) 26jährige Ipara wird in partu, 4 Wochen vor dem erwarteten Ende der Gravidität, aufgenommen. Insuffizienz und Stenose der Mitralis, unregelmäßiger Puls von 120, leichte Cyanose. Urin ohne Eiweiß. Über den Lungen feuchte Rhonchi. Muttermund 2—3 cm geöffnet. Kampfer-Digitalispulver. $^1/_2$ Stunde nach der Aufnahme wird der Puls sehr frequent und filiform; plötzlicher Exitus. Sectio caesarea post mortem wird nicht gemacht, da keine kindlichen Herztöne zu hören waren.

Bei der Sektion findet sich in beiden Pleurahöhlen je 500 g Transsudat. Herz hypertrophisch und dilatiert; Valvula mitralis verdickt, geschrumpft und verwachsen. Ostium nicht schließend, läßt kaum den kleinen Finger passieren. Doppelseitiges Lungenödem. Leber, Milz und Nieren nicht vergrößert. Am Uterus nichts Besonderes; feste Anheftung des Peritoneums vier Finger über der Symphyse.

2) 29jährige IIpara wird Juli 1900 in partu aufgenommen. Puls 128, Atmung 32, Temperatur 38,2°. Mitralinsuffizienz. Bei vollkommen verstrichenem Muttermunde wird der Partus am folgenden Tage forcipal beendet. Puls bleibt noch einige Tage frequent, Temperatur erhöht. Nach 14 Tagen mit gutem Pulse von 80 entlassen.

29. Juni 1901 Exitus.

3) 28jährige IIIpara. 17. Oktober 1903 Gravida mens. IX aufgenommen mit allgemeinen Ödemen, Cyanose, starker Dyspnoe. Urin 300—600 g pro die; wenig Albumen. Temperatur 36,4—36,9. Über den Lungen feuchte Rhonchi. Herz stark vergrößert, systolische Geräusche; im ganzen das typische Bild des nicht kompensierten Herzfehlers. Diagnose: Myokarditis. Tonika, Ruhe, Milchdiät bringen

wenig Besserung. 23. Oktober Eihautstich, 1 Stunde darauf spontane Geburt eines toten Kindes. Nach der Geburt wird der allgemeine Zustand viel schlechter. Kampfer. Digitalis. Urin etwas reichlicher. Puls bleibt klein und schwach. Auf Wunsch am 6. Tag entlassen.

5. November 1903, also 1 Woche später, zu Hause gestorben.

4) 39jährige XIVgravida wird am 20. April 1904 aufgenommen. Alle früheren Schwangerschaften normal; jetzt seit dem 7. Monate Kopfschmerzen und Übelkeit. Status: Allgemeine Ödeme; Herz stark dilatiert; Puls 100—114; Urin 20‰ Albumen. Decompensatio cordis und chronische parenchymatöse Nephritis.

25. April wird wegen zunehmender Dyspnoe und schlechten Pulses mit Bonnaire'schem Handgriffe der Muttermund erweitert und nach 10 Minuten ein scheintotes Kind von 1500 g forcipal extrahiert. Kind stirbt nach einigen Stunden. Nach der Geburt bessert sich der Zustand einigermaßen. 17. Mai mit noch nicht kompensiertem Herzfehler entlassen. ½ Jahr später Exitus.

5) 40jährige IVgravida im 3. Monate. Frühere Entbindungen spontan und leicht. Jetzt Mitralinsuffizienz, Dyspnoe und Lungenblutungen. Darum wird ohne Narkose mit Hegar'schen Dilatatorien der Abortus artificialis eingeleitet. Ungestörter Verlauf.

6) IIIgravida, frühere Entbindungen glatt. Albumen im Urin. Herz hypertrophisch und stark dilatiert. Ictus cordis einen Finger breit außerhalb der Mammillarlinie. Puls 84, regelmäßig, kräftig. Keine Ödeme oder andere Kompensationsstörungen. Nach 10 Tagen spontaner Partus. Albumen nach dem Partus vermehrt; nach 8 Tagen nur noch in Spuren vorhanden. Pat. geheilt entlassen.

Obwohl leichtere Fälle von Herzfehler vielleicht nicht diagnostiziert werden, so glaubt M. nach seinen trüben Erfahrungen die Komplikation doch sehr ernst nehmen zu müssen.

Treub wünscht die Diskussion auf eine folgende Sitzung zu vertagen. Jetzt möchte er nur fragen, warum Meurer in allen seinen Fällen nicht die Dilatation nach Bonnaire gemacht hat.

Meurer meint, daß diese Frage sich nur auf den ersten Fall beziehen könne. In diesem Falle bestand zunächst keine Indikation zu raschem Eingriff; er hielt es für richtiger, erst zu exzitieren; nachher war es durch den plötzlichen Tod für Bonnaire zu spät.

Stratz sagt, daß in derartigen Fällen die Entscheidung, was man tun oder nicht tun soll, oft sehr schwer sei. Er erinnert an den bekannten Fall, der von Schroeder und ihm beobachtet wurde (veröffentlicht in »Der schwangere und kreißende Uterus« 1886). Er wartete ab, da er den Fall von vornherein für hoffnungslos ansah, was später durch die Sektion bestätigt wurde.

Er hat seitdem dem Zustande des Herzens seine besondere Aufmerksamkeit gewidmet, aber unter ± 7000 Fällen kein einziges Mal mehr eine so ernste Komplikation gesehen. Nach seiner persönlichen Erfahrung gehören diese zu den größten Seltenheiten.

Mendez de Leon stellt im Anschluß an den fünften Fall von Meurer die Frage, ob Abortus artificialis bei Vitium cordis an und für sich indiziert sei.

Er wurde vor einigen Jahren konsultiert, um bei einer Herzkranken in agone die Sectio caesarea post mortem zu machen: Die Frau schien moribund, der Muttermund war aber verstrichen, und darum legte M. den Forceps an und entwickelte ein lebendes Kind. Die Frau erholte sich sehr rasch nach dem Eingriffe.

2 Jahre später sah er die Frau im 4. Schwangerschaftsmonate wieder. Er machte keinen Abortus artificialis, trotz deutlich nachweisbarer Insuffizienz und Stenose der Mitralis. Die Geburt verlief auch diesmal gut. Das Kind wurde am Steiß extrahiert.

Weitere 2 Jahre später war Pat. wieder schwanger, sie fühlte sich diesmal sehr schwach und hatte häufige Ohnmachten. Nach Konsult mit drei verschiedenen Ärzten wurde diesmal einstimmig Abortus artificialis angeraten und mit gutem Erfolg ausgeführt.

Treub dringt nochmals darauf, die weitere Diskussion aufzuschieben, damit jeder sein Material daraufhin nachsehen könne.

Meurer berichtet über eine Pat., die im Puerperium an einem subphrenischen Abszeß gestorben ist.

Gesund aussehende Primipara wurde am 18. Oktober 1905 in hochschwangerem Zustand aufgenommen; war immer gesund und will nur seit einigen Tagen Schmerzen gefühlt haben. Temperatur 37,4°.

Sehr heftige Schmerzen, auch außerhalb der Wehen. Erbrechen. Abends spontane Geburt eines lebenden Kindes. Placenta folgt leicht auf Druck.

Nach der Geburt dauern die Schmerzen und das Erbrechen an. Temperatur steigt auf 38,6°. Puls 112. Unterleib schmerzhaft aufgetrieben. Schmerzen in der linken Schulter. Lunge und Herz normal.

Eis. Nährklistiere. Subkutane Infusion von Kochsalzlösung. Keine Nahrung per os. Erbrechen hört auf, Schmerzen dauern fort, Temperatur bleibt erhöht. Im Urin am 3. Tage post partum 4‰ Albumen. Am 22. Oktober Schüttelfrost. 25. Oktober Drainage der Bauchhöhle, wobei hellbraune, seröse Flüssigkeit abläuft. 28. Oktober diphtheritischer Belag der Vagina; Allgemeinbefinden sehr schlecht. Blutbrechen. 31. Oktober Exitus.

Bei der Sektion wird außer diffuser Peritonitis und zahlreichen kleinen Eiterherden ein großer, dickwandiger Eiterherd unter dem Diaphragma, von Magen und Milz begrenzt, gefunden. Die Lunge oberhalb war mit dem Zwerchfelle verwachsen. Perforation von Magen und Darm war nirgends zu sehen. Nieren etwas geschwollen. Appendix normal. Auch die Sektion ergab somit keinen Anhaltspunkt für das Entstehen des subphrenischen Abszesses.

Nijhoff fragt, ob es wohl so sicher ist, daß der subphrenische Abszeß die Peritonitis verursacht habe.

Meurer hält dies für sicher, weil dort die größte Eiteransammlung war.

Kouwer wollte dieselbe Frage stellen. Der Beweis scheint ihm nicht geliefert, da bei gefülltem Uterus in partu der Eiter nach oben gedrängt werden kann. Eine dicke pyogene Membran dagegen würde für das ältere Datum des oberen Abszesses sprechen.

Meurer bestätigt, daß die Wand sehr dick war.

van der Hoeven fragt, wie das Pankreas ausgesehen habe.

Meurer: Normal.

Oidtman, der die Kranke mit Meurer gesehen hat, findet in den Klagen über Schulterschmerz, in der dicken Abszeßwand und in dem Inhalte (trüb-seröse Flüssigkeit) genügende Hinweise auf das ältere Datum des subphrenischen Abszesses. Demonstration der Abszeßwand.

Kouwer sagt, daß es oft schwer sei, selbst durch Sektion den primären Ausgangspunkt einer Vereiterung zu finden. So fand auch er bei einer Pat., die 15 Tage post partum mit purulenter Peritonitis aufgenommen wurde, keinen primären Herd.

Barendrecht berichtet über eine Hebotomie bei einer IIpara wegen einfachen platten Beckens mit Conj. diag. von 10 cm. Bei der ersten Entbindung wurde ein totes Kind von 4000 g forcipal extrahiert. Diesmal trat der Kopf nicht ein, der Kontraktionsring stand hoch und verbot die Wendung. Nach der Hebotomie wichen die Knochenenden 3 cm auseinander. Kopf mit Zange leicht extrahiert. Als Komplikation eine perforierende Wunde von einem Knochenende nach der Vagina. Kind 4500 g. Heilung glatt. Nach 3 Wochen sind die Knochen fixiert.

Kouwer findet in diesem Falle die Hebotomie nicht genügend motiviert; bei längerem Abwarten wäre das Kind wahrscheinlich spontan gekommen.

C. H. Stratz (den Haag).

Neueste Literatur.

2) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXIII. Hft. 5.

1) Rosthorn (Heidelberg). Tuberkulose und Schwangerschaft.

Eine bisher gesunde, häufig eine tuberkulös belastete Frau oder eine solche, die als Mädchen an »Bleichsucht« oder an »Spitzenkatarrh« gelitten hatte, kann im Verlaufe der Gravidität schwindsüchtig werden oder sogar im Anschluß an das verfrühte oder rechtzeitige Wochenbett zugrunde gehen. Andererseits können bei bestehender Tuberkulose eine oder eventuell mehrere Schwangerschaften absolviert werden, ohne daß die Tuberkulose ungünstig beeinflußt wird. Und schließlich können auch junge Mädchen, die auf Lungentuberkulose verdächtig sind, oder auch an einer solchen erkrankt waren, unter dem Einfluß der Ehe sich kräftigen und gesunden. Ja, es können selbst ausgesprochen lungenkranke Frauen mehrere Graviditäten überstehen und gesunden Kindern das Leben geben, ohne selbst Schaden zu nehmen. Es sind direkt Fälle bekannt, in denen eine Gravidität einen überraschend günstigen Einfluß auf den Verlauf der Tuberkulose geübt hat.

Verf. hält die Gravidität für relativ ungefährlich a. bei den Frauen, die durch Jahre stationär lungenkrank sind oder als »relativ geheilt« gelten, und zwar bei günstigem, objektivem Lungenbefund, mit oder ohne Tuberkelbazillen im Auswurf, bei gutem Ernährungszustande, bei Fehlen von Fieber durch mehr als 1 Jahr und bei Fehlen von Blutung. b. Gut kann auch die Schwangerschaft absolviert werden bei solchen Kranken, die frischere, aber gut lokalisierte Spitzenprozesse aufweisen, wenn nur Fieberfreiheit besteht, der Ernährungszustand gut ist und während der Schwangerschaft sich nicht verschlechtert. Unter allen Umständen gefahrbringend erscheint dagegen die Gravidität Lungenkranker a. wenn es sich um floride Prozesse handelt; rascher Zerfall, dauernd hohes Fieber; b. wenn selbst bei geringem objektiven Befunde Fieber, auch ganz leichtes, besteht, das trotz geeigneter Pflege (Heilstätte, Kurort, Sanatorium) nicht verschwinden will; c. wenn die Erkrankung nicht auf die Spitzen und Oberlappen beschränkt ist, sondern auch Mittel- und Unterlappen befallen hat; d. wenn die Erkrankung der Lungen anderweitig kompliziert ist, so mit Erkrankungen des Herzens, des Urogenitalsystems, des Darmtraktus usw., vor allem aber mit Larynxphthise, selbst wenn diese nur leicht ist; e. bei schwerer hereditärer Belastung.

Der künstliche Abortus ist der künstlichen Frühgeburt als das weniger eingreifende Verfahren vorzuziehen. Die lungenkranke Frau, welche die künstliche Frühgeburt glücklich übersteht, würde in den meisten Fällen die Geburt am natürlichen Ende der Schwangerschaft noch besser überstanden haben. Der künstliche Abort kann und muß diskutiert werden 1) bei allen destruktiven, fieberhaften Prozessen, ob frühen oder älteren Datums; 2) bei leichteren und selbst ganz leichten Prozessen, wenn eine der vorher genannten Komplikationen vorliegt, speziell Tuberkulose des Larynx, besonders wenn sie an den Aryknorpeln sitzt; 3) bei relativ geheilten Fällen dann, wenn trotz geeigneten hygienisch-diätetischen Verhaltens ausgesprochene und fortschreitende Abmagerung eingetreten ist. Das Kind schaltet bei den Erwägungen aus, weil selbst Schwerkranke gesunden Kindern das Leben schenken können, und weil die intra-uterine Übertragung der Tuberkulose eine Seltenheit ist. Ganz bestimmte Normen betreffs der Notwendigkeit und des Zeitpunktes der Einleitung des künstlichen Abortes gibt es zurzeit nicht. Die Entscheidung im Einzelfall soll, wenn möglich, von dem Gynäkologen im Vereine mit einem auf dem Gebiete dieser Lungenkrankheit erfahrenen Internisten getroffen werden.

2) J. Pfannenstiel, Zur Frage der Atmocausis uteri.

Auf Grund von sechs genau, auch mikroskopisch untersuchten Fällen von Atmocausis uteri kommt Verf. zu der Ansicht, daß die Wirkung der Vaporisation auf das Endometrium trotz aller Sorgfalt der Technik eine nicht zuverlässige ist. Das Funduscavum kann vollkommen unberührt bleiben, und die Tubenecken entziehen

zich sogar fast mit Regelmäßigkeit der Einwirkung. Es ist somit als verfehlt zu bezeichnen, eine Obliteration durch die Atmokausis anzustreben. Der primäre Erfolg ist meist vorhanden. Bei genügend langer Beobachtung vermißt man jedoch den Dauererfolg. Es ist somit die Atmokausis einer sorgfältig ausgeführten Abrasio nicht wesentlich überlegen. Außerdem ist die Atmokausis nicht frei von unerwünschten und zum Teil recht bedenklichen Nebenwirkungen. Dazu gehört die Stenosierung der oberen Cervixpartie, welche zusammen mit der Schleimcystenbildung etwas Typisches darzustellen scheint. Diese Stenosierung erklärt das Auftreten von Dysmenorrhöe und sonstigen Schmerzen, welche nach der Atmokausis zuweilen beobachtet wird. Eine viel bedenklichere Folgeerscheinung der Methode ist aber die Infektion. Dieselbe läßt sich auch durch die strengste Asepsis und Antisepsis nicht vermeiden. Sie erfolgt spontan durch Aszendieren von Scheidenkeimen. Auf Grund dieser Erfahrungen steht Verf. auf dem Standpunkte, daß für ihn die Atmokausis vorläufig abgetan ist. Wenn es mit den gewöhnlichen Mitteln nicht gelingt, die hartnäckigen Blutungen klimakterischer und hämophiler Frauen zu beseitigen, so sollte man nicht zögern, operativ durch Totalexstirpation vorzugehen, oder mittels Kolpotomie den Uteruskörper herauszustülpen, einen großen Keil aus der Mitte desselben mitsamt der ganzen Schleimhaut herauszuschneiden und die beiden übrig bleibenden Seitenteile wieder zu vernähen und zu versenken.

3) H. F. Boldt (Neuyork). Kaiserschnitt wegen schwerer puerperaler Eklampsie, ausgeführt an einem 12 Jahre 8 Monate alten Kinde mit engem Becken.

12 Jahre, 8 Monate alte Ipara wird in die Klinik eingeliefert. Das Becken ist verengt: Conj. diag.: $2^1/_2$ Zoll, der transversale Durchmesser $2^1/_4$ Zoll. Plötzlich bekommt sie eklamptische Anfälle. Der Cervixkanal ist völlig geschlossen. Wegen Auftretens von Lungenödem wird sofortige Entbindung mittels Kaiserschnitt beschlossen, die ein lebendes Kind zutage fördert. Am nächsten Morgen Exitus letalis der Mutter infolge der Eklampsie. Im Anschluß an diesen Fall stellt sich Verf. auf den Standpunkt, daß möglichst schnelle Entbindung das einzig richtige, aber nicht immer helfende Mittel bei Eklampsie ist. Als ihre Ursache muß eine Autointoxikation angesehen werden. Sind die Symptome der Eklampsie derart, daß das Leben der Mutter und des Kindes in Gefahr ist, ist die Cervix weder dilatiert noch dilatierbar, ist selbst Sectio caesarea per vaginam, von einem kompetenten Operateur ausgeführt, ein größeres Risiko, als der typische Kaiserschnitt, so ist letzterer indiziert. Sodann bespricht Verf. den Fall noch kurz von der forensischen Seite, wobei jedoch nur die amerikanischen Verhältnisse berücksichtigt werden.

4) S. Bauer (Breslau). Über Sehstörung bei der Geburt.

Eine im allgemeinen gesunde Frau leidet seit 3 Jahren an zunehmenden Kopfschmerzen, die besonders in den letzten 3 Wochen dieser 7. Schwangerschaft mit Übelkeit und Erbrechen verbunden auftreten. Am Tage vor dem Partus Übelkeit und Magenschmerzen. Rasch verlaufende Geburt mit heftigem Blutverlust; direkt sub partu Erblindung, die am 5. Tage post partum in Hemianopsie übergeht; schließlich bei der 4 Wochen später stattfindenden Entlassung völlig normales Gesichtsfeld und Sehvermögen. Die Pupillenreaktion war stets normal. Mit dem Augenspiegel wurde außer vorübergehendem Retinalödem nur Schlängelung und Füllung der Venen und geringe Abblassung der rechten Papille gefunden. Am Tage nach der Geburt wurde reichlich Albumen im Harn, 3 Tage später nochmals eine Spur Albumen gefunden; sonst war der Urin stets eiweißfrei. Am Abend des 2. Tages post partum setzte ein 9tägiges hohes Fieber ein, dem später noch einige weniger bedeutende Fieberanstiege folgten. Vom Beginn der Erkrankung an wurden ca. 10 Tage lang mehr oder weniger schwere Zerebralsymptome beobachtet: heftigste Kopfschmerzen, Zwanghaltung, Nackenschmerzen, teilweise Benommenheit, Delirien, Druckempfindlichkeit der tiefen Weichteile u. a. Kompliziert wurde das Bild durch einen Prozeß, der an den Genitalien sich abspielte und im wesentlichen einer Endometritis und linksseitigen Parametritis entsprach, und durch eine der schweren Erkrankung zuzuschreibende Lungenaffektion, in einer diffusen Bronchitis bestehend.

Die Diagnose war in diesem Fall äußerst schwierig. Das Fieber hing wohl nicht mit dem zerebralen Prozeß, sondern mit einer puerperalen Genitalerkrankung zusammen. Als Ursache für die zerebralen Symptome glaubt Verf. das Bestehen einer Eklampsie ohne Krämpfe annehmen zu müssen, wozu ihn hauptsächlich der Vergleich mit einigen ähnlich verlaufenen Fällen führt, bei denen die Sektion den typischen Eklampsiebefund ergab, ohne daß ebenfalls intra vitam Krämpfe sich gezeigt hatten.

5) J. Schlapoberski (Schaulen, Rußland). Über zwei seltenere kasuistische Fälle.

Zuerst berichtet Verf. des genaueren über einen Fall von Zerreißung des hinteren Scheidengewölbes sub coitu bei einer seit 10 Monaten verheirateten 31jährigen Frau. Die sehr heftige Blutung stillte Verf. durch Tamponade. Als Ursache für die Zerreißung nimmt er zu heftigen Koitus im Alkoholrausche an. Sodann berichtet Verf. über einen Fall von Scheinzwitter. Die betreffende Pat. bot ein völliges Männergesicht dar mit starkem Voll- und Schnurrbart; die Stimme war männlich. Die Kopfhaare waren ungefähr 30 cm lang. Sie war seit 6 Jahren mit einem Manne verheiratet. Libido hat sie zu Männern. Sie war nie menstruiert. Die Brüste sind männlich, ebenso die gesamte Körperbehaarung. Bei der Untersuchung der Genitalorgane zeigt sich ein 2—3 cm langer Penis mit langem Präputium. Von der unteren Fläche der Glans zieht eine seichte Fläche, 10 cm lang, zur Urethra. Die Vulva ist wohlausgebildet mit großen Lab. majora. Hymen und kleine Labien fehlen. Im linken Lab. majus ein Gebilde von der Form und Größe eines gewöhnlichen Testikels. Vagina ziemlich weit, 10 cm lang, blind endigend. Von Portio, Uterus, Tuben und Ovarien auch bei genauester Untersuchung nichts zu tasten. Verf. hält den Fall für einen Pseudohermaphroditismus spurius masculinus.

6) L. Goth (Klausenburg). Über Endometritis haemorrhagica, mit besonderer Berücksichtigung der histologischen Form.

Die erste Menstruation nach einer Curettage tritt in der Mehrzahl der Fälle mit einer mehr oder minder wesentlichen Verzögerung ein. Sie erschien in den vom Verf. beobachteten Fällen, der vorgeschrittenen Rückbildung entsprechend, ohne profuse Blutung. Die hämorrhagische Endometritis findet sich hauptsächlich in den Fertilitätsjahren. In der Ätiologie dieser Erkrankung der Uterusschleimhaut erscheinen vorhergegangene Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten eine bedeutende Rolle zu spielen. Die histologischen Formen der Endometritis haemorrhagica scheinen nicht an ein gewisses Alter gebunden zu sein, jedoch fand Verf. die hypertrophische Form zumeist bei jüngeren Frauen, die diffuse eher bei solchen über 30 Jahre. Die hypertrophische Form der Endometritis sah Verf. doppelt so häufig bei Nulliparen als bei Frauen, die geboren hatten, während die hyperplastische Form bei letzteren 4mal so häufig beobachtet wurde als bei Nulliparen. Eine deciduale Endometritis wurde niemals im Anschluß an die erste, durch einen Abort unterbrochene Schwangerschaft angetroffen. Anderweitige Erkrankungen der Gebärmutter und ihrer Umgebung üben keinen Einfluß auf die histologische Struktur der Endometritis aus. Die verschiedenen histologischen Formen erlauben keine Folgerung auf die Prognose, die Heilungsdauer oder die Neigung zu Rezidiven. Die Möglichkeit einer Konzeption nach Ausschabung der Gebärmutter wird durch keine der verschiedenen histologischen Formen der Endometritis beeinflußt.

7) E. Kehrer (Heidelberg). Über heterologe mesodermale Neubildungen der weiblichen Genitalien.

(Referat folgt mit der nächsten Nummer, in der der Schluß des Originals erscheint.)

E. Runge (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 29. Sonnabend, den 21. Juli. 1906.

Inhalt.

I.

Zur plastischen Verwertung des Uterus bei Defekt des Sphincter vesicae.

Von
M. Hofmeier.

Seitdem A. W. Freund (Klinische Vorträge N. F. Nr. 118) den Vorschlag machte, in schwierigen Fällen von Blasen-Scheidendefekten durch Verlagerung des Uterus diesen selbst zur Deckung des Defektes zu verwerten, hat dies Prinzip ja in mannigfachen Abänderungen in einer großen Zahl von Fällen ausgezeichnete Dienste geleistet. Ich möchte hier auf eine neue Verwertung desselben hinweisen, die uns in einem Falle völliger Zerstörung des Sphincter vesicae vortreffliche Dienste geleistet hat.

Es handelte sich um eine 41jährige, unverheirathete Frau, der vor 20 Jahren in der chirurgischen Abteilung des hiesigen Juliusspitals durch die Kolpocystotomie ein Blasenstein entfernt wurde, welcher sich um eine zu masturbatorischen Zwecken eingeführte Haarnadel gebildet hatte. Der hintere Teil der Wunde blieb offen. Es schlossen sich nun im Laufe der nächsten 2 Jahre, welche Pat. größtenteils im Spital zubrachte, sieben Operationen an, mit dem Erfolge, daß die Pat. am Schluß dieser Zeit den Urin wenigstens 1 Stunde halten konnte. 1894 folgte dann auswärts eine Zangengeburt, bei welcher von neuem eine Blasen-Scheidenfistel entstand, wegen

deren sie im Laufe der nächsten Jahre dreimal von sachverständiger Seite operiert wurde. Schließlich soll die Fistel zwar geheilt sein, aber es bestand fortdauernd die Unmöglichkeit, den Urin zu halten. Die Pat. suchte sich etwas zu helfen durch Einlegen von großen Tampons in die Scheide; aber seit Juli 1904 verliert sie trotzdem andauernd bei aufrechter Stellung ziemlich allen Urin. Sie kam zu uns mit der flehentlichen Bitte, sie doch von diesem Zustand endgültig zu befreien.

Status: große, robuste, fettreiche Person; rechts ein tiefer, bis ins Scheidengewölbe reichender Cervixriß, links ebenfalls narbige Stränge im Scheidengewölbe. Cervix bis zum inneren Muttermund durchgängig, Uterus groß (12 cm), retrovertiert. Eine Fistel ist zunächst nicht zu erkennen; bei starker Füllung der Blase läuft nichts in die Scheide. Wohl aber schießt beim Aufstehen im großen Strahl die Flüssigkeit aus der Harnröhre heraus, wie auch neben dem eingeführten Katheter bei stärkerer Füllung der Blase regelmäßig alle Flüssigkeit herauslief. Cystoskopisch war eine Fistelöffnung nirgends zu entdecken, wohl aber funktionierten beide Ureteren normal.

Bei nochmaliger Untersuchung der Blase mit gefärbter Flüssigkeit zeigten sich in dem bis zur Portio sich erstreckenden weißen Narbengewebe an der vorderen Scheidenwand zwei äußerst feine Öffnungen, aus denen etwas Flüssigkeit vorquoll. Beide saßen so tief, daß sie nur in die großenteils neugebildete Harnröhre gehen konnten.

Es handelte sich also augenscheinlich um einen, bei den früheren Verletzungen entstandenen vollkommenen Defekt oder eine vollkommene Insuffizienz des Sphinkter, der durch die zahlreichen Operationen wohl etwas gebessert, aber nicht beseitigt war. Zugleich war ein großer Teil der oberen Harnröhren-Scheidenwand durch narbiges Gewebe ersetzt.



Bei der Überlegung, auf welche Art man am besten den üblen Zustand dauernd beseitigen könnte, schien mir von vornherein nach den vielen vorangegangenen resultatlosen Operationen und bei der narbigen Beschaffenheit der ganzen vorderen Scheidenwand von den üblichen plastischen Operationen als zu unsicher abzusehen zu sein, und es kam mir der Gedanke, ob es nicht möglich sei durch Verlagerung des Uterus wie bei der Schauta'schen Prolapsoperation durch

das Corpus uteri selbst eine Art Pelotte zu bilden, durch welche der Blasenhals und die Urethra in genügender Weise komprimiert würden. Denn daß dies gelegentlich genügt, belehrt uns ja die Therapie in vielen Fällen von relativer Insuffizienz bei älteren, vielgebärenden Frauen, bei denen wir durch ein genügendes Pessar Schatz) einen ganz befriedigenden Zustand erzielen können. Es zeigte dies auch hier die instinktiv von ihr selbst angewendete Therapie: die Einführung eines großen Tampons in die Scheide. Der Versuch schien mir wenigstens bei der äußerst mißlichen Sachlage lohnend zu sein.

Die Operation wurde am 30. November 1905 ausgeführt: Ziemlich tiefer Scheiden-Dammschnitt, ⊥-Schnitt im vorderen Scheidengewölbe, derart, daß ein schmaler Schleimhautstreifen in der Mitte, entsprechend der früheren Narbe und den feinen Fisteln, stehen blieb. Nach Vorstülpung des Uterus durch die geöffnete Plica vesico-uterina zeigte sich die Versenkung des Uterus unter die weit abgelöste vordere Scheidenwand wegen der ungewöhnlichen Größe des Organs sehr schwierig und eine völlige Bedeckung des Uterus unmöglich, so daß schließlich eine fünfmarkstückgroße Stelle der Uteruswand unbedeckt nach der Scheide zu blieb. Der Uterus lag zum Schluß so, wie in Fig. 1 dargestellt ist.

Die Rekonvaleszenz war in der ersten Zeit durch einen Blasenkatarrh und ziemlich heftige Blasenkrämpfe nach den Blasenausspülungen auch bei mäßiger Füllung der Blase gestört; auch waren mäßige Temperatursteigerungen vorhanden. Bei der Entlassung am 12. Januar 1906, also 6 Wochen nach der Operation, war aber der Zustand durchaus gut. Die Pat. konnte den Urin mehrere Stunden ohne Schwierigkeit halten.

Die Pat. hat sich kürzlich (Juni 1906) zur Untersuchung wieder vorgestellt. Sie kann den Urin stundenlang gut zurückhalten, nur bei übermäßiger Füllung der Blase fließt schließlich etwas wieder ab. Die Menstruation ist normal, wenn auch nicht ganz ohne Beschwerden.

Dieses günstige Endresultat dürfte dazu auffordern, die geschilderte Methode prinzipiell weiter zu versuchen, in analogen Fällen, welche sonst für die Erzielung eines guten funktionellen Endresultates so ungünstig liegen. Bei Frauen im konzeptionsfähigen Alter müßte jedenfalls eine Sterilisation durch Exzision der Tuben mit der Operation verbunden werden.

II.

Zur Kasuistik der Geburten nach vaginalem Kaiserschnitt und Vaginäfixur.

Von

Dr. **Westphal** in Stolp.

In Nr. 46. 1903 d. Bl. veröffentlichte ich den 11. Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eclampsia gravidarum. Es handelte sich um eine 23jährige IIIpara, die eine Schwangerschaftsniere mit schwerer Eklampsie im 7. Monat der Schwangerschaft hatte. Einer von den Fällen, von denen ich fast einen Eindruck hatte, wie ihn Olshausen in seiner Veröffentlichung »Zur Lehre vom Kaiserschnitt«[1] wiedergibt: »Es gibt Fälle, in welchen man schon nach wenigen Krampfanfällen die Überzeugung bekommt, daß jede Therapie vergeblich ist, auch die

[1] Olshausen, Zentralblatt f. Gynäkologie 1906. Nr. 1.

sofortige Entbindung, die man aber trotzdem bewerkstelligen wird.« Dennoch ließ ich die Kranke in meine Klinik überführen, und da sich trotz angewandter konservativer Methoden (Ruhe, Packungen, Narkotika) der Zustand dauernd verschlimmerte, und absolut keine Wehen auftraten, führte ich den vaginalen Kaiserschnitt aus, wobei ich mit der Spaltung der vorderen Wand auskam. Nach Ausstoßung der Placenta starke atonische Nachblutung, die eine Tamponade des Uterus nötig machte. Die dadurch bedingten bedrohlichen Erscheinungen von seiten des alterierten Herzens traten so in den Vordergrund, daß eine exakte Vernähung der Wundränder unterblieb. — Der Erfolg war sehr gut, insofern als sich nach 24 Stunden, in denen keine Krämpfe mehr aufgetreten waren, das Bewußtsein wieder einstellte, und im Laufe der nächsten Tage das Eiweiß aus dem Urin verschwand. Trotz der mangelhaften Vereinigung der Wundränder fand sich nach 3 Wochen nur noch eine kleine granulierende Stelle im vorderen Laquear und an der vorderen Muttermundslippe.

Auf Grund dieser Veröffentlichung wurde ich von Ahlfeld[2] angegriffen mit der Motivierung, »daß er als ein den vaginalen Kaiserschnitt ablehnender Kliniker nicht zurückhalten möchte mit einer Kritik des Westphal'schen Verfahrens in dem beschriebenen Falle. Er tue dies nicht aus Lust zum Kritisieren, sondern in der Wahrung allgemeiner Interessen, weil er der festen Überzeugung sei, daß derartige Publikationen viel Schaden anrichten, mancher Frau das Leben kosten könnten«.

Trotzdem ich bei meiner Erwiderung auf diesen Artikel[3] nochmals ausdrücklich betonte, daß es mir durchaus ferngelegen habe, den Fall zu verallgemeinern, daß es vielmehr nur meine Ansicht wäre, daß in einzelnen Fällen schwerer Eklampsie, bei uneröffnetem Muttermunde und mangelnder Geburtstätigkeit, wenn direkte Lebensgefahr vorläge — (was doch durchaus nicht, wie Kroemer[4] meint, auf alle Eklampsiefälle paßt) —, die Dührssen'sche Methode das richtige sei, blieb Ahlfeld auf seinem Standpunkt stehen, daß in meinem Falle das exspektative, oder, wie er wünscht, »konservative« Verfahren ein besseres Resultat erzielt hätte. Nach meiner und der beiden beteiligten Ärzte Ansicht wäre dann die Pat. sicher gestorben.

Kroemer[5] hat sich auf Grund der Erfahrungen Pfannenstiel's bei 50 Fällen von Eklampsie auf Ahlfeld's Seite gestellt und hat der durch Ahlfeld ausgeführten »Steuerung der Verallgemeinerung allzu radikaler Indikationsstellung auf Grund eines Falles« Beifall gezollt. Er äußert sogar die Ansicht, daß die Publikationen einzelner Fälle nicht nur wertlos, sondern gefährlich seien. — Zu dem, was ich bereits in meinen Artikeln gesagt habe, füge ich hinzu, daß ich den Fall veröffentlicht habe, weil ich der Ansicht war, daß jeder Fall einer

[2] Zentralblatt f. Gyn. 1903. Nr. 52. I.
[3] Ibid. 1904. Nr. 5.
[4] Ibid. Nr. 19. p. 602.
[5] Kroemer, Zentralblatt für Gynäkologie 1904. Nr. 19.

bedeutungsvollen Operationsneuheit, von der damals erst 10 Fälle bekannt geworden waren, veröffentlicht werden müsse, nicht um aus dem einzelnen Falle allgemeine Schlüsse zu ziehen, sondern um ihn zur Angliederung an andere Beobachtungen zu verwerten und deren Bedeutung zu verstärken. In dieser Beziehung fühle ich mich durch die dementsprechenden Anschauungen von Dührssen[6], Sippel[7], Wanner[8], Hammerschlag[9], gedeckt. Auch kann es nur durch zahlreiche Publikationen zu einer solchen umfassenden Statistik kommen, wie Dührssen sie in seinem Artikel »Vaginaler Kaiserschnitt« im v. Winckel'schen Handbuch geliefert hat.

Unter den im Anschluß an diese Kontroverse im Zentralblatt lautwerdenden Stimmen erklärten sich eine ganze Reihe für den vaginalen Kaiserschnitt, die übrigen erkannten wenigstens seine Berechtigung für bestimmte Fälle an.

Am Schluß hat Olshausen[10] die Indikationen zum Kaiserschnitt bei Eklampsie in einer Form dargelegt, die der allgemeinen Ansicht Rechnung trägt:

»Von der Wichtigkeit, die Geburt bei Eklampsie bald beendigt zu sehen, sind wir, wie wohl jetzt jeder, überzeugt. Dies veranlaßt uns doch nicht in jedem Falle à tout prix die Geburt zu vollenden. Es gibt Eklampsiefälle, die von vornherein so milde erscheinen[11], daß man nicht gut täte, gewagte Operationen zu unternehmen, wie es umgekehrt einzelne Fälle gibt, in welchen man schon nach wenigen Krampfanfällen die Überzeugung bekommt, daß jede Therapie vergeblich ist, auch die sofortige Entbindung, die man aber trotzdem bewerkstelligen wird. ... Wo aber eine schwere Eklampsie vorliegt, und die Geburt im Beginn, oder überhaupt keine Geburtstätigkeit zu erkennen ist, da halten wir den abdominalen oder vaginalen Kaiserschnitt für das richtigste.« —

Das entspricht dem, was ich seinerzeit sagte, und was auch von anderen bestätigt ist[12][13][14] (u. a.). Man beendige nach gestellter Diagnose sofort die Geburt; in leichten Fällen wird sich ja auch die Geburt operativ leicht beendigen lassen.

Unter den sachlichen Einwänden, die Ahlfeld gegen mein Verfahren und überhaupt gegen den vaginalen Kaiserschnitt machte, erschien mir der folgende beachtenswert:

»Überdies muß die Zukunft lehren, wie sich die nach solchen Eingriffen entstandenen Narben bei späteren Geburten verhalten«[15].

---

[6] Dührssen, Zentralblatt für Gynäkologie 1903. Nr. 16.
[7] Sippel, Ibid. 1904. p. 844.
[8] Wanner, Ibid. Nr. 45.
[9] Hammerschlag, Ibid. p. 1062.
[10] Olshausen, Ibid. 1906. Nr. 1.
[11] Vgl. Kroemer, Zentralblatt für Gynäkologie 1904. Nr. 19. p. 602.
[12] Bumm, Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 21.
[13] Dührrsen, Zentralblatt für Gynäkologie 1904. Nr. 13.
[14] Dührssen, Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin, S. Karger, 1896.
[15] Zentralblatt für Gynäkologie 1904. Nr. 10. p. 323.

Diesen Einwand nahm Kroemer[16] auf mit den Worten: »Gleich Ahlfeld glauben wir ferner, daß das ... Spalten der vorderen Uteruswand zu schweren Narbenstörungen dann Veranlassung geben kann, wenn die erwünschte Prima reunio nicht eintritt.« —

Diese Warnung stützte sich wohl teils auf theoretische Erwägungen, teils auf trübe Erfahrungen, die man gelegentlich bei Geburten nach tiefen Cervixinzisionen und bei »Vaginäfixurgeburten« gemacht hatte. Hatte doch Hofmeier[17] von neuem darauf hingewiesen, daß Narben in der Cervix, die im Anschluß an Verstümmelungen derselben durch die Entbindung entstanden, bei weiteren Geburten zu schweren Störungen, unter anderen zur Ruptur des Uterus über der Stelle führen können.

Dührssen hat auf Grund praktischer Erfahrungen auf diesen Einwand selbst geantwortet[18]. Er weist zunächst darauf hin, daß bei den späteren Untersuchungen der Operierten so geringfügige narbige Veränderungen in den Scheidengewölben und an der Portio gefunden wurden, daß ein Uneingeweihter nicht auf den Gedanken gekommen wäre, es habe überhaupt ein operativer Eingriff stattgefunden. Außerdem führt er drei Geburten nach vaginalem Kaiserschnitt an. In einem Falle wurde die Entbindung wegen Querlage mit 6stündiger Metreuryse, Wendung und Extraktion zu Ende geführt, die beiden anderen Fälle (Wennerström[19] und Jerie[20]) verliefen spontan. Ein weiterer Fall von Spontangeburt nach vaginalem Kaiserschnitt von Stamm kommt hinzu.

H. v. Bardeleben[21] veröffentlichte weiterhin acht Befunde bei Nachuntersuchungen von Pat., bei denen der vaginale Kaiserschnitt ausgeführt war. Die Resultate waren sehr günstig. Fünfmal fand sich völlige Wiederherstellung der Portio, zweimal Einkerbungen, deren Ausdehnung innerhalb der physiologischen Grenzen lag, einmal ein etwas größerer, jedoch auf die Vaginalportion beschränkter Spalt. Zwei der Pat. waren gravid.

Dem fügte Hammerschlag[22] zwei weitere Beobachtungen von Pat. hinzu, bei denen die Prima intentio ausblieb, »ohne daß die beiden Frauen Folgezustände aufzuweisen hatten«.

Folgende drei Beobachtungen sind geeignet die Frage nach den Spätfolgen der Operation weiter zu beleuchten. Sie haben für mich deshalb Wert, weil sie bei derselben Frau J. gemacht sind, deren vaginalen Kaiserschnitt ich publiziert hatte.

Frau J. kam bereits 4 Monate post operationem wieder zur Untersuchung mit Ödemen des Gesichts und der Beine. Im Urin 2‰ Eiweiß. Das Unwohlsein war

---

[16] Zentralblatt für Gynäkologie 1904. Nr. 19. 607.
[17] Münchener med. Wochenschrift 1904. Hft. 3 p. 97.
[18] F. v. Winckel's Handbuch der Geburtshilfe III, 1. p. 585.
[19] Wennerström, Zentralblatt für Gynäkologie 1903. Nr. 10.
[20] F. v. Winckel's Handbuch der Geburtshilfe III, 1. p. 657. Fall 71.
[21] Zentralblatt für Gynäkologie 1904. Nr. 46.
[22] Ibid. p. 1068/69.

einmal nach der Operation aufgetreten, dann fortgeblieben. Bei der Untersuchung fand sich eine Schwangerschaft von $2^1/_2$ Monaten. Der Uterus hatte die Größe einer Orange und fühlte sich weich an. Das Hegar'sche Zeichen war deutlich. Die Lage war ganz regelrecht, Fixierungen waren nicht vorhanden. Die nach hinten gerichtete Portio vaginalis zeigte vorn in der Mittellinie eine kleine Einkerbung, die über die physiologischen Grenzen nicht hinausging. Die Narbe im vorderen Laquear glich einer primär verheilten Vaginäfixurnarbe. Da mir eine strikte Indikation zur Unterbrechung der Gravidität nicht vorzuliegen schien, verordnete ich Ruhe, Milchdiät, Vollbäder, ein mildes Diuretikum und hieß die Frau in 4 Wochen wiederkommen. Dies geschah aber nicht, weil sie 14 Tage später abortierte. Der Abort verlief spontan, ohne Arzt und Hebamme in kurzer Zeit es traten weder Unbesinnlichkeit noch Krämpfe ein. Nach 7 Wochen war der Befund an den Genitalien und Nieren normal. Subjektive Beschwerden bestanden nicht, die Frau verrichtete ihre Arbeit mit vollen Kräften.

Also: Trotz der mangelhaften Vereinigung der Wundränder, die außerdem noch durch die Tamponade auseinandergedrängt waren, und der deshalb ausgebliebenen Prima intentio, war der Untersuchungsbefund dem bei den Bardeleben'schen Fällen gleich: keine als pathologisch aufzufassende Veränderung. Daß die Frau abortiert hat, könnte man ja freilich auf eine mangelhafte Dehnungsfähigkeit der Narbe zurückführen. Dies wäre aber nicht berechtigt, weil der weitere Verlauf dagegen spricht und die Schwangerschaftsnephritis allein das Absterben der Frucht erklärt. Die Erweiterung der Cervix beim Abort hat, wie sich aus dem glatten Verlaufe schließen läßt, keine Schwierigkeit gemacht.

7 Monate post operationem, also im Mai 1905, trat wiederum Schwangerschaft ein. Diese verlief regelrecht, insbesondere traten keine krankhaften Erscheinungen von seiten der Unterleibsorgane oder der Nieren auf. Das Kind wurde am 21. Februar 1906 geboren; die Geburt ging nach dem brieflichen Berichte der Frau »in kurzer Zeit sehr gut« vor sich, ohne daß Kunsthilfe nötig wurde. Die sonst in Europens übertünchter Höflichkeit unerfahrene Kassubin fügte hinzu, daß sie mir sehr dankbar sei, gewiß ein starkes Zeichen dafür, daß sie mit ihrem Zustande zufrieden ist.

Diese Beobachtungen sollen sich nur anderen ähnlichen angliedern. Wenn ich Schlüsse daraus ziehe, so sind es nur die:

1) daß die Narbenbildung nach Sectio caesarea vaginalis selbst in Fällen, bei denen die Prima intentio ausbleibt, nicht die physiologischen Grenzen zu überschreiten braucht, und daß deshalb bei exakt durchgeführten Fällen die Prognose in bezug auf die Narbenbildung gut ist;

2) daß diese Narbenbildung ein Geburtshindernis nicht zu veranlassen braucht.

Um die Spätfolgen nach vaginalem Kaiserschnitt gerecht bewerten zu können, muß man doch auch die Prognose der Konkurrenzverfahren berücksichtigen. Als solche kommen in Betracht die Bossi'sche Methode und der ventrale Kaiserschnitt. Die konservativen Methoden, einschließlich der Kolpeuryse, scheiden hier aus, denn in den seltenen Fällen, in denen Indikationen und Bedingungen dem Arzte die ersteren drei Verfahren zur engeren Wahl stellen, ist die konservative Behandlung entweder schon ohne Erfolg versucht oder erscheint von vorn-

herein aussichtslos. Die Mitteilungen über die ungewollten Nebenverletzungen beim Bossiverfahren ermutigen nicht und dürften als Quetsch- und Rißwunden unangenehme und unnachgiebige Narben zur Folge haben. Den ventralen Kaiserschnitt hält nur Ahlfeld am Ende der Gravidität für ungefährlicher als den vaginalen, trotzdem ihm nach den Statistiken 12 %, in den besten von Olshausen immer noch 6—8 % Todesfälle zur Last fallen. Hammerschlag[23] bestreitet daher auch die Berechtigung des abdominalen Kaiserschnittes bei Eklampsie. Was die Spätfolgen dieser Operation bei nachfolgenden Geburten betrifft, so liegt ja eine größere Anzahl trüber Erfahrungen vor[24—30] u. a. —

Ein weiterer Einwand Ahlfeld's gegen den vaginalen Kaiserschnitt ist folgender:

»Auch ist die Ablösung der Blase für die Zukunft kein so irrelevanter Eingriff wie man ihn darzustellen pflegt.«

Auch hierin wird ihm von Kroemer[31] beigepflichtet.

Diese Befürchtung gründet sich wohl auf die Erfahrungen mit den »Vaginäfixurgeburten« älteren Datums. In der Tat sind ja eine Reihe von ungünstigen Fällen bekannt geworden, in denen Verlangsamung der Geburtstätigkeit, Anteflexion der hochschwangeren Gebärmutter, mangelhafte Entfaltung der vorderen Wand des unteren Uterinsegments, Unerreichbarkeit der hochstehenden, rückwärts gerichteten und nicht entfalteten Cervix, Querlagen, Adhärenz der Placenta an der Narbenstelle, der früher ausgeführten Vaginäfixur zur Last gelegt werden mußten[32]. Allein Dührssen hat in einer Reihe von Arbeiten[33], gestützt auf ein reiches Material, in überzeugender Weise nachgewiesen, daß nicht die Ablösung der Blase und die dadurch zurückbleibende

---

[23] Hammerschlag, Zentralblatt für Gynäkologie 1904. Nr. 36.
[24] Krukenberg, Archiv für Gynäkologie Bd. XXVIII.
[25] Woyer Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. II.
[26] Guillaume, Zentralblatt für Gynäkologie 1900.
[27] Sargek, Ibid.
[28] Everke, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV.
[29] Mayer, Zentralblatt für Gynäkologie 1903.
[30] Eckstein, Ibid. 1904. Nr. 44.
[31] Zentralblatt für Gynäkologie 1904. p. 607.
[32] Strassmann, Archiv für Gynäkologie Bd. L. Hft. 3.
Graefe, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. II. Hft. 6.
Wertheim, Zentralblatt für Gynäkologie 1896. p. 25.
Rühl, Ibid. 1895. p. 147.
Fuchs, Ibid. 1899. Nr. 32. u. a.
[33] Dührssen, Die Einschränkung des Leibschnittes usw. Berlin 19. Karger.
— Über vaginale Antefixatio Zentralblatt für Gynäkologie 1896. Nr. 22.
— Zur Vermeidung der Geburtsstörungen nach Vaginäfixur Zentralblatt für Gynäkologie 1899. Nr. 36.
— Über vaginale Operationsmethoden usw. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1897.
— Über Vaginofixation usw. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXIV. Hft. 1.
— Die Verhütung der Geburtsstörungen und Vaginifixur. Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 46 u. 47.

Narbe die späteren Geburtsstörungen veranlaßt, sondern nur die unterbliebene Vereinigung der Peritonealwunde und die zu umfangreiche Fixierung der vorderen Korpuswand an die Scheide, die auch bei einer niedrigen Fixur zu Geburtsstörungen führen kann. Die Gefahr lag in der Erzielung fibrofibröser, fibroseröser oder zu umfangreicher seroseröser Verwachsungen. Seit Anwendung der neueren Methoden der Vaginäfixur mit isoliertem Schluß der Peritonealwunde sind keine Geburtsstörungen mehr bekannt geworden.

Eine Bestätigung der Dührssen'schen Erfahrungen fand ich in einigen eigenen Beobachtungen:

1. Frau H. aus G. kam 1694 in spezialistische Behandlung, nachdem sie nach dem achten Partus an einer Retroflexio reponibilis mit typischen Lokalbeschwerden erkrankt war. Da die wochenlang durchgeführte Ringbehandlung nicht ertragen wurde, wurde die Vaginäfixur nach der älteren Mackenrodt'schen Methode ausgeführt: T-förmiger Scheidenschnitt, Abpräparieren der Scheidenwand von Blase und Uterus bis zum Erscheinen der Plica vesico-uterina, Fixation des Corpus uteri durch die Plica vesico-uterina; die Fixationsnähte wurden in der Nähe des unteren Winkels der Längswunde geknüpft. — $^1/_4$ Jahr p. op. eigentümlicher Befund: Der Fundus uteri lag zwar nicht mehr, wie früher, stark geknickt im Douglas, aber das ganze Organ lag mit nach vorn schauender und dort fixierter Portio ausgesteift retrovertiert. Zehn gleiche Befunde hat Frauenarzt Dr. L. Heydemann, Greifswald, mir seinerzeit mitgeteilt. — Trotzdem wurde Frau H. alsbald schwanger, und im September 1905 kam es zur Geburt eines ausgetragenen Kindes. Bei der Untersuchung, die 13 Stunden nach Beginn der Wehen, 4 Stunden nach dem Fruchtwasserabfluss vorgenommen wurde, fand ich äußerlich Krampfwehen, Ausziehung des unteren Uterinsegmentes, lebendes Kind in Schädellage, Rücken links vorn. Das Bild, das die innere Untersuchung lieferte, ähnelte dem von Dietrich[34] gezeichneten, wenn es auch lange nicht so besorgniserregend erschien. Beim Eingehen in die Scheide kam man zunächst auf eine weiche, ödematöse Vorwölbung, vom Muttermunde war nichts zu fühlen. Im vorderen Scheidengewölbe, das sich trichterförmig gegen die Symphyse hin erstreckte, eine derbe Narbe. In Narkose, bei Untersuchung mit vier Fingern, fand sich der Muttermund in annähernder Handtellergröße nach hinten gerichtet, von der hinteren Muttermundslippe war nichts zu fühlen, die vordere erschien an der Erweiterung nicht beteiligt. Der Kopf stand mit $^1/_3$ seines Umfanges im Becken, eine Naht verlief im rechten schrägen Durchmesser, aus der Lage des Rückens ließ sich die kleine Fontanelle links vorn vermuten. Da die Beschaffenheit der Weichteile eine günstige Prognose auf ihre Dehnungsfähigkeit zuließ (33jährige IXpara), legte ich die Zange an, und zwar im queren Durchmesser. Bei vorsichtigem Anziehen folgte der Kopf, indem sich die Pfeilnaht allmählich in dem graden Durchmesser drehte. Dabei wurde mit zwei Fingern der freien Hand, während ein anwesender Kollege den Zangenzug unterstützte, die vordere Cervixwand langsam über den Kopf zurückgestreift. So gelang es den Kopf ohne Weichteilrisse zu entwickeln und ein lebendes Kind zur Welt zu befördern. Die Nachgeburtsperiode verzögerte sich. 2 Stunden nach der Geburt des Kindes, nachdem einige Kontraktionen durch den Credé'schen Handgriff ohne Erfolg unterstützt waren, erfolgte eine sehr starke Blutung, die sofortige Ohnmacht zur Folge hatte. Da äußere Handgriffe nichts halfen, schritt ich zur manuellen Lösung der Placenta. Der Uterus erschien hierbei stark anteflektiert, die Cervix elongiert, die Gegend des inneren Muttermundes strikturartig verändert, so daß es schwer war mit der Hand einzudringen. Die Placenta saß an der vorderen Wand, war im wesentlichen gelöst und nur am unteren Rande mit einer der Operationsnarbe entsprechenden Stelle der Uteruswand verwachsen, so daß sie hier

[34] Zentralblatt für Gynäkologie 1899. Nr. 32.

durchriß, und zur Entfernung einiger zurückgebliebener Kotyledonen nochmals eingegangen werden mußte. Der weitere Verlauf war dann regelrecht, die Frau genas.

2. Frau Sch. aus R., IIpara, 25 Jahre alt. Bei der zweiten Geburt Zange mit Dammriß III. Grades. Seit der Zeit, außer Inkontinenzbeschwerden auch Kreuz- und Leibschmerzen, starke, häufige und schmerzhafte Menstrualblutungen. Befund im Januar 1899: Totaler Dammriß, Retroversio uteri mobilis, chronische Metritis und Endometritis. Adnexe frei. 15 Januar 1899: Curettage, Vaginäfixur nach Dührssen's älterer Methode (wie sie Dührssen selbst in der Berliner klin. Wochenschrift 1894[35] und ich später in diesem Zentralblatt[36] beschrieben haben), darauf totale Dammplastik nach Lawson-Tait. Glatte Genesung. — Nachuntersuchung im August 1899: Uterus in normaler Lage. Grividitas mens II. — Partus maturus 13. Mai 1900, ohne Kunsthilfe. Untersuchung im November 1900: Normale Verhältnisse. — II. Partus post operationem, Juli 1903. Verlauf nach Bericht regelrecht.

3. Frau v. S. auf G., 31 Jahre alt. IIpara, wegen Retroversio uteri mobilis 1897 von Dührssen selbst vaginäfixiert und seitdem beschwerdefrei, stellt sich am 12. Oktober 1905 als Gravida vor. Normale Schwangerschaft im 6. Monat mit regelrecht entfaltetem Uterus. Nur die kleine, glatte Quernarbe im vorderen Laquear erinnert an die voraufgegangene Vaginäfixur. Beschwerden sind geringer als bei früheren Schwangerschaften. Die Pat. »lahmannt«, um ein kleines Kind zu erzielen und wünscht klinisch entbunden zu werden, mit Rücksicht auf eventuell notwendig werdende Kunsthilfe. 21. Januar 1906. Aufnahme in die Klinik; 23. Januar 1906 abends 9 Uhr Beginn der Wehen, 12 Uhr völlige Entfaltung des Muttermundes, 12½ Uhr: Abfluß des Fruchtwassers, 1½ Uhr: Kopf auf dem Beckenboden, 3½ Uhr: leichte Beckenausgangszange wegen Nachlassens der Bauchpresse, 4 Uhr Nachgeburt spontan.

Das Kind ausgetragen und, trotz Lahmann, besonders kräftig, wiegt 3750 g, ist 52 cm lang und hat einen Kopfumfang von 36 cm.

Bei der Entlassung, 5 Wochen p. partum normal antevertierter Uterus. Jetzt, nach schriftlichem Bericht, keine Beschwerden. Untersuchung am 7. Juli 1906 ergibt normale Verhältnisse.

Die Fälle gliedern sich den Dührssen'schen Erfahrungen an, sie bestätigend. Im ersten Falle, bei dem nach dem älteren Mackenrodt'schen Verfahren eine feste fibro-fibröse bzw. serofibröse Vereinigung zwischen vorderer Korpuswand und Scheide erzielt war, fanden sich beim nachfolgenden Partus Störungen, die man auf die voraufgegangene Operation beziehen muß. Bei den beiden anderen Geburten, nach den Dührssen'schen späteren Methoden operiert, keine Abnormitäten.

Schließlich muß bei den Angriffen auf die Vaginäfixur ebenso wie beim vaginalen Kaiserschnitt wieder in Rechnung gebracht werden, welche ungünstigen Zustände gelegentlich auch durch die ventralen Konkurrenzmethoden bedingt worden sind.

Es ist daher heutzutage ein Unrecht die Vaginäfixur bei konzeptionsfähigen Frauen zu verwerfen. Man verwerfe nicht die Vaginäfixur an sich, sondern unvollkommene Methoden derselben. Fürchtet man trotzdem Geburtsstörungen, so kann man ja, wie Dührssen oft hervorgehoben hat, die Vaginäfixur der Ligamenta rotunda bzw. deren vaginale Verkürzung oder die Vesicaefixur ausführen.

---

[35] Dührssen, Über die operative Heilung der Retroflexio uteri usw. Berlin L. Schuhmacher 1894.

[36] Westphal, Ein Beitrag zur Kasuistik der Vaginäfixation usw. Zentralblatt für Gynäkologie 1894. Nr. 40.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Januar 1906.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

van der Hoeven demonstriert einige Präparate von Spirochaete pallida, welche nach Hoffmann die pathogenen Keime der Lues sein sollen. Es ist ihm nicht in allen Fällen geglückt, die Spirochaete pallida zu finden.

Oidtman hat bisher immer ohne Erfolg nach Spirochaete pallida gesucht, vielleicht weil die Pat. bereits behandelt waren?

van der Hoeven bestätigt, daß die Spirochaeten vor dem Quecksilber sofort verschwinden.

Kouwer: Ein Fall von Chorea gravidarum.

20jähriges Mädchen, früher stets gesund, in den letzten Jahren chlorotisch. Vater sehr nervös. Im 4. Monate der Schwangerschaft fing die Krankheit an. 3 Monate zu Hause behandelt, fiel wiederholt aus dem Bette, konnte die letzten 7 Wochen nicht artikuliert sprechen. 14. September 1905 Aufnahme. Gewicht 39 kg. Mager, blaß. Temperatur 38,4°. Urin ohne Eiweiß und Zucker. Prof. Heilbrunner hält es für einen schweren Fall von Chorea. K. entschloß sich zu exspektativer Therapie. Amylenhydrat, sorgfältige Verhütung von Dekubitus und Schluckpneumonie. Ernährung mittels Saugflasche. Rasche Besserung. Spontaner Partus ohne neuere choreatische Symptome. Stillt selbst. Mutter und Kind in sehr befriedigendem Zustande.

Kouwer: Medulläre Anästhesie mit Stovain-Adrenalin.

Bei 25 gynäkologischen Operationen wurde die Billon'sche Mischung (Borate d'épirénane 0,00013, Stovain 0,04, Chlornatrium 0,0011 per ccm), und zwar gewöhnlich 2 ccm in der Höhe des 3. Proc. spinos. vert. lumbalis eingespritzt.

In 13 Fällen vollkommene Anästhesie:

- 5 ventrale Ovariotomien, 4mal mit zahlreichen Adhäsionen,
- 1 Laparotomie zur Verkürzung der Ligg. rotunda und Adhäsionslösung,
- 1 sehr komplizierte Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis,
- 1 abdominale Radikaloperation bei Myoma uteri,
- 1 abdominale Myomenukleation (Tumor bis zum Rippenbogen),
- 2 Perineoplastiken,
- 1 doppelseitige Bartholinitis,
- 1 vaginale Enukleation eines Cervixmyoms.

In 6 Fällen genügende Anästhesie:

- 1 Laparotomie bei Pyosalpinx,
- 2 Laparotomien bei Uteruskarzinom,
- 1 Laparotomie bei Ovarialkystom,
- 1 vaginale Uterusexstirpation wegen Karzinom,
- 1 Alexanderoperation.

In 6 Fällen mißglückt:

- 2mal war es nicht möglich, den Rückenmarkskanal zu erreichen,
- 1mal floß zwar Zerebrospinalflüssigkeit aus der Kanüle, aber diese ist wohl nachträglich verschoben,
- 1mal schien die Injektion geglückt, ohne daß Anästhesie eintrat,
- 1mal trat eine halbseitige Anästhesie ein, ohne daß die Injektion Schwierigkeiten machte,
- 1mal reagierte eine Pat. bei Alexander-Adams so stark, daß man zum Chloroform greifen mußte. Nachher erzählte sie, daß sie mehr aus Angst als aus Schmerz geschrien habe.

Die Injektion wurde in Seitenlage bei stark ventraler Krümmung gemacht. Nach 10 Minuten trat die Anästhesie ein, die von den Füßen bis handbreit über

den Nabel emporstieg. Trendelenburg'sche Lage erhöht das Niveau. Auch die Spannung der Muskeln wird völlig aufgehoben. In einzelnen Fällen zeigte sich während der Operation Brechneigung, jedoch niemals in störender Weise. Ohnmachtsanwandlungen fanden sich zuweilen, jedoch nur bei schwächlichen und anämischen Pat. 1—1$^1/_2$ Stunden nach der Injektion waren Sensiblität und Motilität wieder normal. Außer leichten Nackenschmerzen, hier und da Übelkeit, und in einzelnen Fällen leichten Temperatursteigerungen zeigten sich keine störenden Nachwehen.

Die Mißerfolge in einzelnen Fällen sind vielleicht auf mangelhafte Technik zu setzen. Merkwürdig ist aber, daß gerade die ersten fünf Fälle besonders gut glückten.

Nach seiner persönlichen Erfahrung hält K. diese Form der Rückenmarksnarkose für einen großen Gewinn der operativen Chirurgie für Fälle, in denen die Operation nicht viel länger als 1 Stunde dauert, und in denen der Hautschnitt nicht höher als etwa handbreit über den Nabel reicht. Individuelle Eigentümlichkeiten der Pat. können aber sicher manchmal störend wirken.

Samson fragt, ob die Trendelenburg'sche Lage auch für die plastischen Operationen angewendet wurde.

Kouwer: Nein, denn dabei hat man keine hochliegende Anästhesiegrenze nötig.

Persenaire hat eine Operation Kouwer's gesehen und beglückwünscht ihn zu seinen besonders glänzenden Resultaten.

Kouwer sagt, daß seine Resultate nicht glänzender sind als die von anderen, und daß in der Literatur genau dieselben Beobachtungen zu finden sind, wie er sie gemacht hat.

Persenaire hat in der chirurgischen Klinik bei medullärer Anästhesie wiederholt unangenehme Folgen gesehen, Kopfschmerzen bis zu 3 Tagen, Genickstarre, leichte Symptome von Meningitis. Kopfschmerzen fehlten in keinem einzigen Falle.

Oidtman hat keine eigene Erfahrung. Er fragt, ob Kouwer mit dieser Serie ein Experiment machen wollte. Bier selbst warnt doch vor allgemeiner Anwendung, und es sind Fälle genug von halbseitigen Lähmungen, auch von Meningitis bekannt. Das Präparat ist nicht immer zuverlässig, und persönliche Kontrolle unmöglich. Chirurgen wenden die Rückenmarksnarkose nur im Notfalle, bei dekrepiden Menschen, an.

Kouwer verwahrt sich gegen die Auffassung, als ob die Gynäkologen leichtsinniger mit der Narkose sind. Bei anämischen Pat. bleibt Chloroformnarkose immer gefährlicher als Medullaranästhesie.

Bier hat vor allgemeiner Anwendung gewarnt, als er Kokain und Eukain benutzte. Seitdem die Injektionslösung mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und Stovain statt Kokain benutzt wird, hat auch Bier sich seiner Methode wieder weiter angenommen.

Um Experimente handelt es sich nicht. Seine beiden ersten Pat. waren eine Dicke mit Herzfehler und eine Magere mit Anämie. Da hat er erst die Magere operiert und dann die Dicke, und weil ihm der Erfolg so günstig schien, hat er seine Erfahrung weiter ausgenutzt. Vorsichtig muß man bei jeder Art von Narkose sein. Was das Präparat betrifft, so müssen wir uns beim Chloroform ebensogut wie beim Stovain auf die Gediegenheit der Fabrik verlassen können.

Vermey hat das Gefühl, als ob er sich entschuldigen müsse, daß er immer noch Chloroform und Äther im Bürgerkrankenhause benutzt. Er hat nie üble Zufälle gesehen und meint, daß die Bewußtlosigkeit während der Operation für die Pat. ein nicht zu unterschätzender Vorteil ist.

Kouwer will gern glauben, daß Vermey keinen primären Todesfall gehabt hat, aber es dürften wohl verschiedene Herzen und Nieren sekundär gelitten haben. K. sah selbst noch vor kurzem nach einer leichten Chloroformasphyxie eine bleibende Myokarditis.

Vermey weiß ja auch, daß Chloroform ein Gift ist; aber dürfte das mit Stovain nicht auch der Fall sein?

Kouwer denkt, daß »die Wahrheit wohl in der Mitte liegen wird«. Ohne

weiteres gibt er Vermey zu, daß es ein großer Nachteil der medullären Anästhesie ist, daß man die Persönlichkeit der Pat. nicht eliminieren kann. Dieser Nachteil macht sich namentlich den Gebildeten gegenüber bemerkbar· Ungebildete Menschen sind zufrieden, wenn man ihnen nur verspricht, daß sie keine Schmerzen fühlen werden. An taktvolles Auftreten des Operateurs und seiner Umgebung werden bei Medullaranästhesie viel höhere Anforderungen gestellt: geräuschloses Hantieren mit den Instrumenten, Vermeiden unvorsichtiger Äußerungen usw.

Persenaire: Das »Plastron abdominal«.

P. tritt für den durch Terillon (1891) eingeführten Ausdruck »Plastron abdominal« ein. Terillon verstand darunter die einen Tumor vortäuschende Infiltration der Bauchdecken, welche sich im Anschluß an Adnexerkrankungen intraperitoneal entwickeln kann. Er will unter diesem Namen aber auch alle von Parametritis und anderen entzündlichen Zuständen ausgehenden derartigen Symptomenkomplexe zusammenfassen, und zwar nicht nur die intraperitoneal, sondern auch die extraperitoneal gelegenen.

Den Ausdruck Plastron fand er in der Literatur nur bei Franzosen besprochen. Pozzi zitiert nur flüchtig die Angaben Terillon's, die Deutschen haben den Ausdruck nicht.

P. erläutert seine Ausführungen durch einige Krankengeschichten aus der Treub'schen Klinik. Er fand unter 750 Pat., worunter 140 Adnexerkrankungen, nur fünfmal den Symptomenkomplex des Plastron abdominal.

Kouwer meint, daß die Chirurgen unter Plastron abdominal eine Phlegmone verstehen, die vom Cavum Retzii an der vorderen Bauchwand emporsteigt bis zum Nabel und von den Recti beiderseitig begrenzt wird. Was Persenaire beschreibt, ist ein auf entzündlicher Basis entstandener Pseudotumor mit eingebackenem Konglomerat von Darmschlingen, der von einem geübten Untersucher leicht diagnostiziert werden kann. Es fragt sich, ob es wünschenswert ist, für diesen Symptomenkomplex einen neuen Terminus technicus einzuführen.

Persenaire fand darüber nicht viel in der Literatur. Er wollte im wesentlichen darauf hinweisen, daß das Plastron sowohl intra- als extraperitoneal liegen kann.

Sitzung vom 18. Februar 1906.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Diskussion über den Vortrag von Meurer über Komplikation von Schwangerschaft mit Herzfehlern in der Dezembersitzung.

Treub hat in seinem Materiale 24 Fälle gefunden, darunter 6 kompensierte und 18 inkompensierte Herzfehler.

I. Kompensierte Herzfehler.

a. Insuffizienz der Mitralis.

1) Igravida, platt-rachitisches Becken. Sectio caesarea in Chloroformnarkose.

2) 21jährige Igravida, von anderer Seite in der 2. Schwangerschaftswoche »ausgekratzt«, ohne daß die Schwangerschaft unterbrochen wurde. Spontane Geburt. Laktation gut. (Diss. van Waasbergen's.)

3) 21jährige Igravida im letzten Schwangerschaftsmonate.

4) 22jährige Igravida. Spontaner Partus. (Diss. van Waasbergen's.)

b. Insuffizienz und Stenose der Mitralis.

5) 25jährige IIgravida. Erster Partus gut, zweiter spontan; Tamponade wegen Blutung. 14 Tage später Vitium cordis, durch Cyanose entdeckt.

c. Stenose der Aorta und Mitralis.

6) 38jährige VIIgravida. Frühere Geburten glatt; nach der dritten Herzsymptome; siebente Geburt spontan.

II. Inkompensierte Herzfehler.

a. Stenose der Mitralis.

7) 31jährige VIIgravida. Frühere Geburten glatt. Starke Kompensationsstörungen. Kampfer, Digitalis, Morphium. Eihautstich. 20 Stunden später wird

ein kleines, mazeriertes Kind geboren. 10 Tage post partum akute exsudative Perikarditis; 9 Tage darauf unter zunehmender Besserung weggelaufen.

b. Insuffizienz der Mitralis.

8) 39jährige IXpara. Zweimal Abortus. Leichte Kompensationsstörung. Spontaner Partus.

9) 34jährige Igravida. Tuberculosis pulmonum. Herzklopfen. Forceps in Narkose. 4 Wochen post partum entlassen.

10) 25jährige Igravida. Starke Zirkulationsstörungen. In der Geburt aufgenommen; 6 Stunden darauf Tod an Lungenödem. (Diss. van Waasbergen's.)

c. Insuffizienz und Stenose der Mitralis.

11) 36järige IIIpara. Schwere Störungen. Spontaner Partus von nicht ausgetragenen Zwillingen. 20 Tage post partum Herzsymptome beunruhigend. Pat. wird in die interne Abteilung gebracht und nach 3 Monaten kompensiert entlassen.

12) XIIgravida. Seit 2½ Jahren Anfälle von Angina pectoris. Spontaner Partus.

13) 33jährige IIIgravida. In der vorigen Schwangerschaft krank. Partus leicht. Vom 7. Monate dieser Schwangerschaft Befinden bei Bettruhe und Digitalis gut. Spontaner Partus à terme.

14) 20jährige Ipara. Herzklopfen, Dyspnoe, Bluthusten. Ruhe und Digitalis. Spontaner Partus à terme.

15) IIIgravida, zweimal Abortus. Leichte Kompensationsstörung. Spontaner Partus, 4 Wochen zu früh. Pat. am 16. Tage post partum entlassen.

d. Insuffizienz und Stenose der Mitralis; Insuffizienz der Aorta.

16) 34jährige IXgravida. Starke Cyanose und Dyspnoe. Mit Ruhe und Digitalis vorübergehende Besserung; bei der zweiten Aufnahme, 3 Wochen später, nicht mehr, darum Abortus artificialis im 3. Monate. Pessarium occlusivum; trotzdem nach 4½ Monaten wieder schwanger. Nochmals Abortus artificialis. Nach 3 Wochen kompensiert entlassen.

e. Insuffizienz und Stenose der Mitralis; Stenose der Pulmonalis.

17) 31jährige IIIgravida. Frühere Geburten glatt, letzte vor 5½ Jahren. Vom Anfang der letzten Schwangerschaft an Herzklopfen. Sehr starke Kompensationsstörungen. Im 7. Monat Eihautstich. Darauf mit Digitalis Besserung. 1 Monat nach dem Eihautstiche spontaner Partus. Kind wiegt 1700 g, nach 2 Monaten 2510 g. Mutter am 10. Tag entlassen.

f. Insuffizienz der Aorta.

18) 29jährige VIgravida, zweimal Abortus. Starke Kompensationsstörungen. Partus spontan à terme; darauf allmähliche Besserung. (Diss. van Waasbergen's.)

g. Insuffizienz sämtlicher (?) Ostien.

19) 32jährige Ipara; leichte Kompensationsstörungen. Partus spontan.

h. Akute Perikarditis.

20) 41jährige III gravida. Erste Geburt gut, zweite mit totem Kinde. Pat. fiel jetzt, im 6. Monate schwanger, ins Wasser; seitdem krank. Geheilt und à terme entbunden.

i. Akute Endokarditis.

21) 29jährige IIIgravida. Vor 8 Wochen Rheumatismus artic. acut., danach Endokarditis. Heftige Dyspnoe. Eihautstich; 3 Tage darauf spontane Geburt eines ausgetragenen Kindes. Collargol. 14 Tage post partum Exitus.

22) 40jährige IXgravida, zweimal Abortus. Akute Endokarditis und Insuffizienz der Mitralis. Wegen hohen Fiebers und schwerer Inkompensation 6 Tage nach der Aufnahme Eihautstich. 3 Tage darauf spontane Geburt. Kind 1810 g. Mutter am 8. Tage post partum gestorben.

k. Myokarditis.

23) 36jährige VIgravida. Starke Cyanose und Dyspnoe. Eihautstich. Puls schlecht. Bossi mißglückt; Bonnaire auch. Multiple Inzisionen. Forceps; lebendes Kind. 10 Minuten post partum stirbt die Frau. Sektion: Myokarditis.

24) 33jährige IXgravida. Partus spontan. 2 Tage darauf Anfälle von Herzklopfen. Am 7. Tage post partum Tod an Myokarditis. (Diss. van Waasbergen's.)

T. stimmt in seinen Schlußfolgerungen aus diesen Fällen mit Meurer überein. Kompensierte Herzfehler, die sicher wohl häufig vorkommen, haben keine Bedeutung für Schwangerschaft und Geburt. Der Hausarzt muß darauf achten, da bei jeder folgenden Schwangerschaft die Komplikation bedenklicher wird. Bei Kompensationsstörungen erst Ruhe und Digitalis, bei drohender Gefahr für das Leben in den späteren Monaten Eihautstich. Die Gefahr der Geburt ist aber auch bei inkompensierten Herzfehlern nicht sehr groß.

Am bedenklichsten in der Schwangerschaft sind Myokarditis und wohl auch Endokarditis; Entleerung des Uterus scheint dabei wenig Einfluß zu haben. In einzelnen dieser Fälle ist deshalb Abortus artificialis im Beginne der Schwangerschaft indiziert.

Kouwer hat in den letzten 6 Jahren auf reichlich 8000 Entbindungen neun ernstere Herzfehler bei Schwangeren beobachtet, zwei bei Primiparae, sieben bei Multiparae. Davon haben zwei abortiert, eine ist zu früh, fünf à terme niedergekommen, bei einer ist Partus arte praematurus eingeleitet worden.

Eine Frau ist nach 3 Wochen, eine andere nach 5 Monaten gestorben; den anderen sieben geht es gut, und zwar sind diese sieben Frauen Wochen und Monate vorher in der Klinik verpflegt, mit Bettruhe, Digitalis, Kampfer usw. behandelt. Es ist wohl kaum nur Zufall, daß alle diese vorher klinisch Verpflegten am Leben blieben.

Bei einigen nahm während der Geburt Cyanose und Dyspnoe zu, bei anderen nicht. Daraus schließt K., daß eine langdauernde Entbindung, wie sie leicht nach Abortus artificialis zu erwarten ist, die Gefahr erhöht. Auch in den ersten Monaten der Schwangerschaft hält er Abortus artificialis nicht für richtig; weil er einmal durch Blutverlust schwächt, dann aber auch keine Garantie für Besserung bietet. In zwei Fällen, in denen K. daran dachte, trat der Abort vorher spontan ein und veranlaßte eine derartige Verschlechterung des Allgemeinzustandes, daß K. froh war, daß er nicht selbst eingegriffen hatte. Die eine wurde zwar besser, die andere starb nach 5 Monaten an Herz- und Nierenleiden, beide schwebten aber nach dem Abort in Lebensgefahr.

Einmal hat K. trotz drohender Erscheinungen den Abort nicht eingeleitet, wohl aber später die künstliche Frühgeburt. Der Zustand wurde darauf so ernst, daß er glaubt, noch besser gehandelt zu haben, wenn er die spontane Geburt abgewartet hätte.

K. hält demnach auch bei ernsteren Kompensationsstörungen eine exspektative Therapie mit strenger Bettruhe für angezeigt und nur in den allerseltensten Fällen Abortus artificialis für berechtigt. Da man in solchen Fällen wohl stets den Internisten konsultieren wird, meint K., sei es wichtig, zu beachten, daß bei vielen Internisten die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nicht ernst genug genommen wird, und daß wir darum verpflichtet sind, zu bekennen, daß der Abortus artificialis keineswegs immer tuto, cito et jucunde sich abspielt.

Mendes de Leon hebt hervor, daß weder Treub noch Kouwer in dieser Komplikation eine große Gefahr für die Geburt sehen. Er findet, daß dies doch auch der Fall ist, und daß namentlich die Preßwehen in der Austreibungsperiode für das Herz sehr gefährlich sind. M. findet, daß man beachten muß:

1) Schwere des Herzleidens,
2) Einfluß der Schwangerschaft darauf,
3) Einfluß der Geburt darauf.

Treub stimmt Mendes de Leon bei, daß in vielen Fällen die Schwangerschaft von Anfang an einen schlechten Einfluß hat. Die Gefahr bei der Geburt besteht auch, doch wiegt sie meist nicht so schwer. Kouwer gegenüber bemerkt er, daß der Blutverlust bei Abortus artificialis nie groß ist, und daß man ihn nach vorheriger Laminariadilatation leicht in $^1/_2$ Stunde erledigen kann. Beim Partus arte praematurus ist das natürlich anders.

Es handelt sich darum, ob ernste Symptome im Beginn oder erst gegen Ende

der Schwangerschaft auftreten. Nur für diese letzteren Fälle gilt, was Kouwer vom Mißerfolge des Partus arte praematurus gesagt hat.

Meurer bestätigt Mendes de Leon's Ansicht, daß die Schwangerschaft an und für sich einen schlechten Einfluß auf den Herzfehler haben kann. Er hat seit 1897 eine Pat. mit Insuffizienz der Mitralis behandelt. Sie war viermal schwanger. In der ersten Schwangerschaft hatte sie leichte Ohnmachten, in der zweiten kamen Lungenblutungen dazu, in der dritten kamen die Lungenblutungen schon in den ersten Monaten, dazu kam starke Dyspnoe. In der vierten traten diese beiden Symptome so früh und so heftig auf, daß M. sich zu Abortus artificialis bestimmen ließ. — Gleich Treub fand M., daß die Geburt meistens sehr glatt verläuft, dagegen fiel ihm auf, daß danach ein schwerer Kollapszustand folgte.

Kouwer hat zweimal schwere Kollapse gesehen, aber nur nach Abort, nie nach einer Geburt. Es wundert ihn, daß die Diagnose der Herzfehler von den Gynäkologen so genau gestellt wird. Er selbst hat stets Talma oder einen seiner älteren Assistenten konsultiert, und diese ließen sich in vielen Fällen sehr vorsichtig über die Frage aus, ob es sich um einen wirklichen Klappenfehler oder nur um ein akzidentelles Geräusch handelt.

Meurer findet die Diagnose nicht so schwierig. Bei häufiger wiederholter Untersuchung ist sie fast immer zu stellen.

Kouwer konstatiert, daß Meurer's Diagnose auf wiederholter Untersuchung vor, während und nach der Geburt beruht. Das ist sehr gut, aber da in geburtshilflichen Kliniken meist keine Gelegenheit zu längerer Beobachtung besteht, so muß man die dort gemachten Statistiken recht vorsichtig verwerten.

Treub schenkt sich die feinere Diagnose des Klappenfehlers. Aber ein gesundes Herz kann er doch wohl von einem kranken unterscheiden, und das macht er lieber ohne Internisten ab, da dieser die obstetrische Tragweite des betreffenden Falles doch nicht beurteilen kann.

Kouwer hat nicht sagen wollen, daß ein Gynäkolog kein Vitium cordis diagnostizieren kann, sondern nur, daß die Statistik einer obstetrischen Klinik in dieser Hinsicht einen geringeren Wert hat.

Mynlieff hat zwei Fälle von Komplikation gesehen, die ungünstig verliefen. Im ersten Falle 16 Tage post partum Tod an Herzparalyse; im zweiten Falle starke Verschlimmerung der Herzkrankheit in unmittelbarem Anschluß an die Geburt, bald darauf Tod durch komplizierende Pneumonie. Zur richtigen Beurteilung des Einflusses der Schwangerschaft auf die Herzkrankheit muß man nicht nur die Zeit der Schwangerschaft und Geburt, wie es in Kliniken geschieht, sondern den ganzen Verlauf der Herzkrankheit mit in Betracht ziehen.

Niemeyer sah in drei Fällen von Insuffizienz der Mitralis Schwangerschaft und Geburt glatt verlaufen; in einem dieser Fälle war die Mutter dreimal, in einem anderen achtmal schwanger gewesen.

In einem vierten Falle wurde er zu einer Gebärenden gerufen mit starker Cyanose, schwachem Herzstoß und unregelmäßigem Puls. Forceps. Gleich darauf starb die Frau.

Ribbius demonstriert ein linksseitiges Uterushorn von Uterus didelphys mit Tube und Ovarium, das vaginal mit Erhaltung der rechtsseitigen Genitalien entfernt wurde.

19jährige Virgo, seit dem 15. Jahre menstruiert, mit heftigen Schmerzen vor den Menses, die in das Ischiadicusgebiet ausstrahlen. Zuweilen auch Mittelschmerz.

Links neben dem Uterus ist ein harter, nicht schmerzhafter Tumor, der mit dem Laquear vaginae verwachsen ist. Adnexe nicht abzutasten, Diagose: Tumor der Vaginalwand oder Fibrom des Lig. latum.

Bei der Operation stellt es sich heraus, daß der Tumor durch einen 2 cm breiten und 1 cm hohen soliden Stiel mit dem Uterus verwachsen ist; bei weiterer Auslösung findet sich oben auf dem Tumor eine Tube und ein Ovarium. Klemmen nach zweimal 24 Stunden entfernt; leichte Temperatursteigerung. Nach 1 Monat geheilt entlassen.

Der Tumor ist, 8 Monate nach der Operation gemessen, $7^1/_2 : 5 : 3$ cm groß.

Josselin de Jong fand mikroskopisch: kein Cervicalgewebe, unterer Pol rein muskulär, Uterusmucosa teils atrophisch, teils stark gewuchert. Tube zeigt infantilen Charakter.

Im Anschluß daran berichtet Ribbius über einen Fall von Hemiatresia vaginae mit Hämatokolpos, Hämatometra und Hämatosalpinx, den er bei einer 15jährigen Virgo operiert hat, bei vorher gestellter Diagnose.

Sie war noch nicht menstruiert, klagte seit 1 Jahr über heftige Schmerzen in der rechten Beckenseite. Die Schmerzen treten nicht periodisch auf. Früher litt sie an Enuresis nocturna im Anschluß an Diphtheritis. Diagnose des Hausarztes: Schwere Hysterie und Chlorose.

Status: Normal entwickeltes Mädchen mit kleinen Brüsten. Unterleib aufgetrieben. In der Coecalgegend ein Tumor zu fühlen. In Narkose findet sich: Weite Urethralöffnung, kein Hymen, keine Vaginalöffnung, per rectum ein dicker, wurstförmiger Tumor, der rechts bis an den Nabel reicht und in einen kleineren, faustgroßen, übergeht. Adnexe nicht zu fühlen.

Laparotomie: Uterus = Graviditas mens. III, sitzt dem größeren Vaginaltumor nach rechts auf. Beiderseitige kolbenförmige Hämatosalpingen mit leichten Adhäsionen.

Die Hämatosalpingen und das linke Ovarium werden entfernt, das rechte Ovarium bleibt zurück.

Nach 14 Tagen wird der Hämatokolpos von unten her geöffnet; der untere Pol war etwa 6 cm vom Vestibulum entfernt. Tamponade. Abends Temperatur 38,9°; am 3. Tage normal. Wiederholte Eingriffe, um die Vagina offen zu halten. Menstruation normal Ende Januar (1 Monat später). Im Februar wird die wieder eng gewordene Verbindung nach außen blutig gedehnt und mit Lappen von den kleinen Labien aus bekleidet, welche nach Loslösung mittels eines Drainrohres hinaufgeschoben werden. Am 9. Tag ist die so gebildete Vagina für den Zeigefinger bequem durchgängig.

Josselin de Jong demonstriert:

1) einen rudimentären Uterus, bei der Sektion eines 7monatigen Kindes gefunden. Nieren und Ureteren normal. Vagina endet blindsackförmig. Hinter der Blase, an der Wand befestigt, zwei kleine Erhöhungen, von denen zwei dünne Bündel schräg nach oben verlaufen. Er hält dies für rudimentäre Uterushörner und Tuben. Ovarien nicht zu erkennen.

2) Genitalapparat einer Frau, die 14 Tage post partum an Lungentuberkulose starb, übrigens normal, zeigt zwei breite, feste Adhäsionen zwischen Fundus uteri und vorderer Bauchwand von etwa 4 cm Länge.

Kouwer fragt, was von der Anamnese vom zweiten Präparate bekannt ist.

Josselin de Jong weiß es nicht.

Jessurun demonstriert eine Tubargravidität, durch Operation gewonnen.

Sitzung vom 18. März 1906.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Dr. Keiffer (Brüssel) als Gast: Le système nerveux ganglionnaire de l'utérus humain.

Zunächst zitiert K. einen Ausspruch von Rieffel (Traité d'anatomie humaine de Poirier 1901 p. 487): »Gibt es intra-uterine Nervenganglien? Die Ansichten sind geteilt. Remak beschreibt sie, Frankenhäuser und Henle leugnen sie. In neuerer Zeit behaupten v. Herff, Gawronsky, Spampani und Keiffer, im Myometrium und unter der Mucosa uteri Ganglienzellen gesehen zu haben. Herlitzka und Kalischer bestreiten dies.«

Im Anschluß an den hier geschilderten Standpunkt der Streitfrage im Jahre 1901 beschreibt K. deren weitere Entwicklung, den Vorwurf von Bruckner und Mezinescu, daß K. cum suis die Ganglienzellen mit Ehrlich'schen Mastzellen verwechselt hätte usw. Seit Remak ist die Frage nicht weiter gekommen. Die modernen Verbesserungen in der Nervenfärbetechnik veranlaßten K., seine früheren Untersuchungen wieder aufzunehmen.

Zu diesem Zweck entschloß er sich nach verschiedenen Versuchen zu der Methode von Ramon y Cajal (Argentum nitricum, durch Hydroquinone reduziert), und benutzte Uteri von Föten, Neugeborenen und 1—2jährigen Kindern.

Verfahren: Möglichst frische Genitalapparate, 24 Stunden in absoluten Alkohol, darauf in etwa 100 g wäßriger 2%iger Lösung von Argentum nitricum, während 5 Tagen bei einer Temperatur von 37°; rasches Abwaschen mit destilliertem Wasser, darauf in eine wäßrige Lösung getaucht von 1% Hydroquinon und 2% Natrium sulfuric., dann erst verdünnten, darauf absoluten Alkohol, Xylol, Paraffin usw. — Schnittrichtung parallel der größten Uterusoberfläche von links nach rechts.

Resultate:

1) In den Ligg. lata, beiderseits vom Uterovaginalorgane, gibt es deutlich charakterisierte sympathische Ganglien.

2) Diese Ganglien liegen in einiger Entfernung vom Organ, oder auch dicht an der Insertion des Lig. latum.

3) Diese Ganglien erhalten zuführende Nervenstränge aus den höher gelegenen hypogastrischen und Mesenterialganglien und schicken abführende Nervenstränge, welche in das Gewebe des Uterovaginalorganes ebenso wie in die Gefäßwände eindringen.

4) Im intravaginalen und intra-uterinen Verlaufe dieser Nerven finden sich ein oder mehrere weitere Ganglien.

5) Diese Ganglien finden sich beim Uterus 2 Monate nach der Geburt in allen möglichen Stadien der Entwicklung, von einer einfachen Anhäufung von Zellmassen im Verlaufe des Nerven, die wie eine lokale Hypertrophie erscheint, bis zum ausgebildeten Ganglion, in dem man Hunderte von Achsenzylindern erkennen kann, zwischen denen uni-, bi- und multipoläre Ganglienzellen liegen nebst Bindegewebszellen, und wobei der Eintritt sowie der Austritt der Nerven an Serienschnitten unumstößlich bewiesen werden kann.

6) Bei einem vorher mit Karmingelatine injizierten Präparate ließ sich nachweisen, daß die Ganglien stets in der Nähe größerer Gefäße liegeu und von dort eine sehr reichliche Blutversorgung empfangen. Jeder eintretende und austretende Nerv besitzt mindestens eine zentrale Arterie.

7) Die Topographie der größeren Ganglien richtet sich nach der Gefäßverteilung. Die größten Ganglien fanden sich in der äußeren Schicht des Uterovaginalorganes.

8) Die Ganglien sind in der Regel spindelförmig bis rundlich und bestehen hauptsächlich aus Nervenelementen und eingestreuten Ganglienzellen, die neue Nervenfasern entsenden.

9) Die Nervenfasern bestehen aus marklosen Remak'schen Fasern mit sehr dünner Schwann'scher Scheide.

10) Mit der Methode Ramon y Cajal's lassen sich die Zentrosomen der Zellen nicht darstellen, jedoch sieht man an größeren Zellen sehr schön die Neurofibrillen, die chromophilen Granulationen von Nissl und die Nukleinelemente der Zellkerne.

11) Je nach dem Alter des Fötus sind die Ganglien mehr oder weniger entwickelt. Am frühesten finden sie sich in der Blasengegend, was wohl mit dem viel früheren Auftreten der Blasenfunktion in Zusammenhang steht.

Demnach läßt sich sagen, daß bis zu 2 Monaten nach der Geburt ein deutlich charakterisiertes Gangliensystem mit eigenem Gefäßnetz existiert. Dagegen fand sich keine tiefer gelegene, isolierte Ganglienzelle in diesem Stadium.

Wenn aber beim 2monatigen Kinde dieses Gangliensystem so ausgesprochen zu sehen ist, dann muß es auch beim Erwachsenen bestehen, wenn es auch viel schwieriger zu finden ist. Die vereinzelten früheren Funde von Gawronsky und K. am erwachsenen Organe finden hierin ihre Erklärung und Bestätigung.

Physiologische Schlußfolgerungen:

Man vindiziert heutzutage den sympathischen Ganglien die Rolle von Reflexzentren. Ihr Nachweis in Organen, wie Uterus, Blase oder Darm, erklärt die von Rückenmark und Gehirn fast völlig unabhängige aktive Funktion dieser Organe.

Daraus erklärt sich, wie die Uterintätigkeit, ebenso wie die des Herzens, kaum von Chloroform, von Zerstörung des Rückenmarkes, von Myelitis beeinflußt wird. Frauen gebären in der Narkose, bei Tabes, bei Myelitis transversa.

Ohne Zweifel wird durch Chloroform, durch Rückenmarksdurchschneidung die Funktion von Uterus und Blase vorübergehend gestört; bald aber bekommen diese Organe ihre volle Funktionstüchtigkeit wieder, wie die Versuche von Goltz und Rein bei kleinen Säugetieren bewiesen haben.

Diese Unabhängigkeit der Funktion wird durch das intra-uterine und intravaginale Gangliensystem ermöglicht.

Der Vortrag wird durch eine Reihe vorzüglicher mikroskopischer Präparate verdeutlicht.

Kouwer dankt dem Vortr. im Namen der Gesellschaft. Er hält die vorgelegten Präparate für absolut beweisend.

Driessen fragt, ob Keiffer Veränderungen in dem Gangliensystem nach Narkose beobachtet habe.

Keiffer konnte seine Untersuchungen noch nicht so weit ausdehnen. Er hat mit dem Tierexperiment angefangen, es sind aber noch eine Unzahl Fragen, die er zu erledigen sucht: Einfluß von Skopolamin, Äther, Chloroform, von Infektion, akuter Anämie, Hitze und Kälte, heißen Vaginalduschen usw. auf Muskulatur, Gefäße und Nerven; die Methode von Ramon y Cajal eignet sich besonders zur Nachprüfung, weil sie die Textur der Gewebe nicht beeinflußt.

Stratz fragt, ob Keiffer auch die in der Mucosa verlaufenden Nervenfasern bis an ihr Ende verfolgen konnte.

Keiffer hat über die Nervenendigungen noch nichts Sicheres gefunden. Auch an den Muskelzweigen konnte er noch nicht ausmachen, ob sie im Muskel, im Sarkoleum oder im Kern endigen.

Treub hat vor 3 Jahren eine interessante klinische Beobachtung gemacht, die für isolierte Innervation des Uterus und seiner Teile spricht. Bei einer Frau mit doppeltem Uterus, die zugleich rechts und links schwanger war, zeigten sich die Wehen beider Hälften nach sorgfältigen Beobachtungen seiner damaligen Assistentin, Marie des Bouvrie, völlig unabhängig voneinander. Er glaubt sich zu erinnern, daß Keiffer ihm damals analoge Beobachtungen an Tieren mitgeteilt hat.

Keiffer hat mit einem großen Zughunde Versuche angestellt. Er reizte den Vagus, den Cruralis, den Mammarius internus; der letztere gab sehr kräftige Uteruskontraktionen. Die Kontraktionen betreffen bald nur ein Horn, bald das ganze Organ; eine feste Regel scheint nicht zu bestehen.

Oidtman ist kein Mikroskopiker; er meint aber, daß es merkwürdig sei, daß die Ganglien im Uterus erst jetzt entdeckt wurden, wo sie in anderen Organen schon lange gefunden sind. Sollten es nicht vielleicht doch Mastzellen sein?

Keiffer gibt zu, daß eine derartige Verwechslung möglich ist, wenn man nur eine einzelne Ganglienzelle vor sich hat. Beweisend ist der Übergang der Achsenzylinder in die Ganglienzellen, der Eintritt und Austritt derselben in das Ganglion, wie sich dies in den vorgezeigten Präparaten findet.

Kouwer bestätigt aufs neue, daß für den Histologen der sichere Beweis durch die trefflichen Präparate geliefert ist.

Kouwer kommt noch einmal auf das Plastron abdominal zurück. Er sah vor kurzem in Konsult eine 40jährige Frau, bei der der Hausarzt einen Tumor diagnostiziert hatte. Er fand ein subperitoneales Exsudat, das durch die Scheiden der Recti scharf begrenzt war, sich nach dem kleinen Becken verlor, und von einer früheren Wunde, die bei der Operation einer Hernia cruralis gesetzt war, auszugehen schien. In der Literatur fand er bei v. Rosthorn, sowie bei Martin und Petit den Ausdruck Plastron ausschließlich für subperitoneale, umschriebene Exsudate angewendet, und hält es für richtiger, diesen Terminus technicus dafür zu behalten.

Nach einiger Diskussion, an der sich Treub, Persenaire, Kouwer und Oidtman beteiligen, faßt Nijhoff die Sache dahin zusammen, daß ein nicht

einmal allgemein gleichwertig aufgefaßter Symptomenkomplex kein Krankheitsbild sei, und daß keinerlei Grund vorliegt, dafür einen besonderen Namen einzuführen.

Kouwer schließt die Diskussion mit der Bemerkung, daß die Frage wohl hauptsächlich historisches Interesse habe und ein zarter Wink sein könne, die Wichtigkeit der Geschichte der Medizin als Fachwissenschaft hervorzuheben.

Kouwer demonstriert ein Myom, das er vaginal im Puerperium entfernt hat.

Der Tumor wurde im 7. Schwangerschaftsmonat entdeckt, machte keine Störung bei der Geburt und wurde dann ohne Mühe entfernt.

Nijhoff: Ein Fall von Hydramnion bei eineiigen Zwillingen.

40jährige VIgravida. Mit 35 Jahren verheiratet. Zweimal Abort, drei lebende Kinder. Letzte Menses in der ersten Hälfte des August 1905.

Aufnahme in die Klinik am 1. Februar 1906. Starke Cyanose. Dyspnoe. Puls 108, Temperatur 37,2°. Bauchumfang über dem Nabel 106 cm. Symphyse bis Nabel 22 cm, bis Fundus uteri 44 cm.

Von außen nur pralle Elastizität; im Muttermund ein Fruchtsack, der sich bei Druck von außen nicht spannt. Daraus wird geschlossen, daß es sich um zwei Amnionsäcke handelt, von denen der eine Hydramnion wurde, während der andere fruchtwasserarme Sack über dem Muttermunde liegt.

Punktion durch die Bauchdecken dicht unterm Nabel in der Linea alba: 5180 g helles Fruchtwasser. 1,75‰ Esbach. 1,4‰ Ureum. Spez. Gewicht 1006.

10. Februar zweite Punktion, etwas tiefer als die erste, da der Umfang des Leibes und die Atemnot größer geworden ist. 2100 g Flüssigkeit, welche rötlich gefärbt ist.

8. März Wehen; abends läuft das Fruchtwasser ab; in der Nacht wegen Schwächerwerden der kindlichen Herztöne Forceps im Beckenausgange. Frischtotes Kind von 1320 g, 41 cm lang. 25 Minuten darauf ein mazerierter Fötus, etwa 750 g schwer, durch Druck auf den Fundus exprimiert. 10 Minuten darauf Placenta mit Credé entfernt. Eine Placenta mit Verschlingung der Nabelschnüre und den zerrissenen Amnien. Der Nabelstrang des kleineren Kindes zeigt starke Verdünnung an der Schnürstelle.

Meurer bemerkt, daß Nijhoff einen außergewöhnlichen Weg für die Punktion gewählt habe. In einem analogen Falle hat M. vom Cervicalkanal aus punktiert, die Geburt erfolgte 7 Wochen später.

Oidtman hat bei sehr starkem Hydramnios auch einmal durch die Bauchdecken punktiert. Die Geburt trat sofort ein.

Keiffer sah sich in einem Falle von akutem Hydramnios, der im 4. Monate begann, durch die größtenteils aus Ärzten bestehende Familie gezwungen, nach 3monatigem Sträuben vaginal, nach sorgfältiger Desinfektion, zu punktieren. 5 Liter Fruchtwasser. 5 Tage darauf Geburt zweier prächtiger Zwillinge männlichen Geschlechtes. Er bedauert, daß er nicht noch länger gewartet hat.

Kouwer ist durch die soeben mitgeteilten Fälle von abdominaler Punktion bei Hydramnios sehr überrascht und schlägt vor, die Therapie von Hydramnios gelegentlich auf die Tagesordnung zu setzen.

Keiffer demonstriert Diapositive mit mikroskopischen Abbildungen über Uteruszirkulation und zur Entwicklung der Myome (veröffentlicht in: Bulletin de la société d'obstétrique de Paris; séance du 16 Juin 1905: »Recherches sur l'anatomie et la physiologie vasculaires de l'utérus humain«, und La gynécologie 1906: »Recherches sur la localisation et le mode de développement des myomes de l'utérus humain«).

Sitzung vom 22. April 1906.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Kouwer: Ein Fall von Asynclitismus posterior.

IVpara. Durch den Assistenten war festgestellt, daß die Pfeilnaht dicht hinter der Symphyse schräg verlief, die kleine Fontanelle nach hinten. Bei 8 cm Mutter-

mund wurde die Lage mit der Hand korrigiert und dann Forceps angelegt, der abglitt. K. konnte wegen starker Spannung und Schmerzhaftigkeit des unteren Uterinsegmentes die Lage nicht bestimmen. In tiefer Narkose konnte die Diagnose des Assistenten bestätigt werden. Der Kopf ließ sich leicht zurückdrängen, worauf Wendung gemacht wurde. Die Extraktion machte bei der Lösung der Arme einige Schwierigkeiten. Das Kind, 3250 g, tief asphyktisch, erholte sich bald. Weiterer Verlauf normal.

Das Entstehen des Asynclitismus posterior läßt sich in diesem Falle durch das rasche Ablaufen des überreichlichen Fruchtwassers erklären. Die Fixation in dieser Lage wurde durch die abnorm starke Spannung des unteren Uterinsegmentes verursacht, die den Kopf in dieser Lage festhielt, statt ihn tiefer zu treiben.

Mendes de Leon fragt, ob die Scheitelbeineinstellung primär war, und ob vielleicht eine starke Beckenneigung dazu Veranlassung gab.

Kouwer: Die Scheitellage war von Anfang an diagnostiziert. Auf die Beckenneigung war nicht geachtet worden, doch schien die Frau normal gebaut zu sein.

Persenaire fragt, ob die Indikation zur Zange durch die starke Dehnung des unteren Uterinsegmentes gegeben war.

Kouwer bemerkt, daß die Applikation der Zange in diesem Falle nicht indiziert war.

Josselin de Jong demonstriert die mikroskopischen Schnitte der in der Februarsitzung vorgelegten Präparate.

1) Genitalapparat einer Frau mit Strängen zwischen Uterus und vorderer Bauchwand. Beide Stränge, von denen einer auch mit dem Netze verwachsen war, zeigen bindegewebige Struktur mit glatten Muskelfasern wie das Lig. rotundum. Eine Erklärung kann er dafür nicht geben.

Kouwer kann sich die Sache wohl erklären durch eine frühere Perimetritis, wodurch der Uterus erst mit der vorderen Bauchwand verklebte, und dann bei der Heilung sich diese Stränge beim Tiefertreten des Uterus auszogen. Er hat kürzlich bei wiederholter Laparotomie die primären Insertionsstellen der Ligg. rotunda, die damals verkürzt worden waren, nicht wiederfinden können.

Josselin de Jong hält diese Erklärung für unwahrscheinlich, da nebenbei beide normale Ligg. rotunda zu finden waren.

Persenaire bemerkt, daß die Verwachsung mit dem Netze trotzdem ein Beweis ist, daß es sich einfach um einen alten Entzündungsprozeß handelt.

2) Rudimentärer Uterus didelphys bei einem 7monatigen Kinde. An der hinteren Blasenwand zwei solide Muskelstränge mit kleinem, sternförmigem Lumen, das von kleinen Drüsen umgeben ist. Kleine Anhäufung von dunklen Zellen daneben, die als Ovarialrudiment imponieren. Vereinzelte Ganglienzellen.

Kouwer fragt, ob ein Hymen und ob Atresia hymenalis vorhanden war.

Josselin de Jong fand einen normalen Introitus vaginae; die Vagina endete blindsackförmig. Portio fand er nicht.

Mendes de Leon: Ein Fall von Inversio uteri.

38jährige Nullipara, 8 Jahre steril verheiratet. Im Jahre 1904 wegen profuser Menorrhagien mit Kaustika behandelt. Diagnose damals: Endometritis haemorrhagica.

Mai 1905 von anderer Seite exkochleiert; damals wurde ein kleiner Cervicalpolyp konstatiert.

Dezember 1905 kommt sie wieder mit Klagen über Blutungen und Schmerzen.

7. Dezember Narkose: Tumor, der aus dem Ostium externum herausragt. Kein Uteruskörper zu fühlen. Diagnose: Inversio uteri, kompliziert (und verursacht?) durch einen fibrösen Polyp.

15. Dezember: Explorative Laparotomie. Zahlreiche frische Adhäsionen. Von oben kann der Inversionstrichter gesehen werden, in dem der größte Teil der rechtsseitigen Adnexe und die linke Tube aufgenommen sind. Sowohl Kastration als Reposition des Fundus von oben erscheinen unmöglich. Schluß.

23. Dezember bis 4. Januar: Jodoformgazetamponade. Der Tumor scheint sich zu verkleinern.

15.—24. Januar: Profuse Menses.

Nach Aufhören derselben Kocks'scher Kolpeurynter. Nach 4 Tagen Pus. Temperatur 39,6°. Ischurie. Wieder Lysolausspülungen und Jodoformtamponade.

4. Februar: Schüttelfrost. Temperatur 41,2°. Wieder Blutungen.

23. Februar: Vaginale Operation. Paravaginalschnitt zur Freilegung des Terrains. Der Polyp läßt sich durch Torsion enukleieren, darauf kann der Fundus leicht zurückgeschoben und durch einen Jodoformgazetampon fixiert werden.

10. März: Normale Menstruation. Genitalbefund nachher normal.

Diskussion vertagt. **C. H. Stratz** (den Haag).

Neueste Literatur.

2) L'obstétrique. 1905. Nr. 6.

1) Planchon (Paris). Bei den Frauen des Volkes, welche ihre Kinder selbst nähren, enthält die Milch bisweilen ein Übermaß an Butter.

Ein Übermaß von Butter in der mütterlichen Milch kann zu erheblichen Störungen in der Entwicklung des Kindes beitragen. Auch aus diesem Grunde bedarf das an der Mutterbrust ernährte Kind unbedingt der ärztlichen Beobachtung. Gewisse Kinder, die mit der Brust ernährt sind, bieten Zeichen der Überernährung dar, obgleich die Menge der von ihnen genossenen Milch nicht übermäßig ist, einzig und allein infolge einer anormalen Menge von Butter in der von ihnen genossenen Muttermilch. Selbst Frauen, die gezwungen sind, den ganzen Tag über im Sitzen zu arbeiten, können Milch, oft zwar in geringer Menge, liefern, die sehr reich an Butter ist. Im allgemeinen findet sich aber dies Übermaß von Butter bei Frauen, die gut genährt, selbst überernährt sind und sich keine Bewegung machen. Oft führt dasselbe zu Erbrechen, Diarrhöen und Ekzemen bei den Kindern. Verf. belegt dann diese seine Ansichten mit dem Bericht von 13 selbst beobachteten Fällen. Keins dieser Kinder erhielt die genügende Menge an Nahrung und blieb länger als 10 Minuten an der Brust. Einzelne der Kinder tranken bedeutend geringere Quantitäten, als solche von demselben Gewicht gewöhnlich zu trinken pflegen. Um dieser falschen Zusammensetzung der mütterlichen Milch vorzubeugen, empfiehlt Verf. die Ernährung der Mutter genau zu kontrollieren. Man entziehe ihr Fleisch, Wein, Bier und Kaffee; statt dessen gebe man ihr als Getränk Milch mit Vichywasser vermengt. Als Nahrung soll sie Mehlsuppen, frisches Gemüse, gekochte Salate und Kompott genießen. Vor- und nachmittags soll sie spazieren gehen. Sollten alle diese Mittel nicht helfen, so muß man das Kind entwöhnen oder die Ernährung sonstwie ändern, je nachdem wie es die Verhältnisse erlauben.

2) L. Gigli, Kritische Betrachtungen über das Stadium des Geburtsmechanismus.

Die Geburt, ein zusammengesetzter Lebensvorgang, kann nur mit modernen Methoden studiert werden. Die wissenschaftliche Lösung dieser Frage kann nur durch die graphische Methode geschehen. Die Schwierigkeiten der Anwendung derselben rechtfertigen es nicht, daß man im Begriff ist, sich auf den Wegen zu verlieren, die uns eine 100jährige Erfahrung vorgezeichnet hat. Jetzt, wo man von diesem neuen Standpunkt aus die klinischen Beschreibungen, die man vom Geburtsmechanismus gegeben hat, analysiert, sieht man ganz klar, daß die bisherige schulmäßige Einteilung eine sehr unvollständige war, und daß man seither auf eine Bewegung, nämlich die Projektion nach vorn, viel zuwenig Wert gelegt hatte. Diese Bewegung, zwischen die der Abwärtsbewegung und die der inneren Rotation eingeschaltet, macht uns erst den Geburtsmechanismus in seiner Gesamtheit verständlich und zeigt uns die hohe Wichtigkeit der vorderen Beckenwand.

Die Neigung des Beckenbodens ist die Hauptursache dieser Projektionsbewe-

gung nach vorn, welche nach Ansicht des Verf.s erst den Schlüssel für die innere Rotation und damit natürlich für den ganzen Geburtsmechanismus abgibt.

3) Budin. Zum Artikel 8 des Gesetzes »Roussel«.

Eine sozialpolitische Betrachtung, die nur auf die Verhältnisse in Frankreich Bezug nimmt und einen erhöhten Schutz der Säuglinge anstrebt.

E. Runge (Berlin).

Verschiedenes.

3) A. A. Anufriew (Odessa). Einige Bemerkungen über Jodcatgut als Nahtmaterial in der gynäkologischen Praxis.

(Russki Wratsch 1905. Nr. 38.)

Verf. hat das nach Claudius vorbereitete Jodcatgut in 15 Fällen angewendet: in einem Falle von hoher Collumentfernung nach Sneguirew, in einem Falle bei totaler Ruptur des Perineum, in drei Fällen von trichterförmiger Exzision des Orificium, in den übrigen Fällen wurden die keilförmige Collumexzision nach Simon Marckwald und in einem Falle nach Schröder und Kolporrhaphie nach Doléris und Lawson-Tait ausgeführt. Verf.s Methode — trichterförmige Exzision — hat er angewendet, wenn das Orificium stark verengt und in der Umgebung noch genug Gewebe war, um von ihm einen kreisförmigen Lappen zu exzidieren. Die Methode besteht darin: nach Erweiterung der Gebärmutter mit Landau'schen Dilatatoren und Ausschabung, wird die obere und untere Lippe mit Muzeux'schen Zangen in der Gegend des Orificium gegriffen und auf ca. 2 cm von demselben entfernt ein kreisförmiger Schnitt gemacht und ein trichterförmiges Stück auf 1—1,5 tief exzidiert. Dann werden die Ränder der Collumschleimhaut mittels Catgut mit den äußeren Wundrändern vereinigt. Es wurde ein breites offenes Orificium erzielt.

In allen oben beschriebenen Fällen wurde mit Jodcatgut prima intentio erreicht. Auf Grund seiner Beobachtungen zieht Verf. den Schluß, daß das nach Claudius vorbereitete Jodcatgut eins von den besten Nahtmaterialen ist.

M. Gerschun (Kiew).

4) A. J. Pjatkin. Die Anwendung von Jodcatgut für Ligaturen und Nähte.

(Russki Wratsch 1905. Nr. 3.)

Verf. hat das nach M. Claudius vorbereitete Jodcatgut in 25 Fällen angewendet: bei 10 Laparotomien, bei einer totalen Uterusexstirpation nach Doyen, bei einer vaginalen Fibromexstirpation mit Vernähung der Cervix nach Schauta, bei 2 Cervixentfernungen, bei zwei Perineorrhaphien nach Lawson-Tait, bei fünf Herniotomien und bei einer Kastration. Von 10 Laparotomien wurde in sieben Fällen prima intentio erzielt, in drei Fällen wurde nach Entfernung der Nähte ein geringes Auseinandergehen der Haut bemerkt, aber kein Eiter, sondern nur Serum. Eiterung, Fisteln, Exsudate wurden nicht beobachtet, überhaupt war die Postoperationszeit in allen Fällen absolut glatt. Bei einem Todesfalle am 29. Tage nach der Operation wurden noch nicht resorbierte Ligaturen gefunden. Somit ist nach Verf.s Beobachtungen Jodcatgut wegen Einfachheit der Vorbereitung, seiner Fähigkeit, in Jodlösung lange Zeit ohne Veränderungen zu bleiben und seiner nicht schnellen Resorbierbarkeit ein sehr gutes Nahtmaterial in der Abdominalchirurgie.

M. Gerschun (Kiew).

5) M. L. Widrin. Über die Anwendung des Adrenalins in der chirurgischen und gynäkologischen Praxis.

(Russki Wratsch 1905. Nr. 3).

Verf. berichtet über die Resultate seiner Beobachtungen über die blutstillende und anästhesierende Wirkung des salzsauren Adrenalins. Adrenalin Takaminé

wurde in Lösungen 1,0:1000,0 in Form von Pinselungen, bei Operationen wurden zwei Tropfen Adrenalin auf eine Spritze einer $1/2$%igen Kokainlösung gebraucht. Als blutstillendes Mittel wurde Adrenalin 4mal angewendet: 2mal bei starker Blutung wegen Entzündung der Uterusschleimhaut und 2mal bei Laparotomien. Als Anästhetikum wurde Adrenalin zusammen mit Kokain 36mal bei verschiedenen Operationen angewendet, wobei fast in allen Fällen guter Erfolg erzielt wurde: fast alle Kranken fühlten keine Schmerzen, und das Operationsfeld war fast in allen Fällen blutlos. Von gynäkologischen Operationen wurden mit Adrenalin Perineorrhaphien ausgeführt: es wurden 2—$3^1/_2$ Spritzen einer $1/2$%igen Kokainlösung mit 4—7 Tropfen Adrenalin injiziert und nach 15 Minuten die Operation begonnen.

Nach Verf.s Meinung ist die Anästhesie mit Adrenalin und Kokainlösung so wirksam, daß viele Operationen unter lokaler Anästhesie ausgeführt werden können.

M. Gerschun (Kiew).

6) **W. L. Losinski.** Ein Fall von Ovarialfibrom.

(Russki Wratsch 1905. Nr. 28.)

16 Jahre alte Pat., hat niemals geboren; vor einem halben Jahre traten die Menses öfter ein; nach einem Monate starke Urinbeschwerden. Uterus aufgehoben, zur Symphyse gedrückt. Hinter dem Uterus ein derber, fast unbeweglicher Tumor. Am 23. September 1904 Laparotomie in der gynäkolog. Abteilung des Alexander-Stadtkrankenhauses zu Kiew. In der Bauchhöhle eine geringe Menge von seröser Flüssigkeit. Das rechte Ovarium teilweise cystisch degeneriert, weshalb partielle Entfernung desselben. Der Tumor ging vom linken Ovarium aus; keine Adhäsionen; Entfernung desselben. Glatte Heilung. Der entfernte Tumor ist der Form nach dem Ovarium ähnlich, gleichmäßig derb, mit glatter Fläche, wiegt 657 g. Mikroskopische Untersuchung zeigte viele kleine Gefäße, fibrinöses Interzellulargewebe und viele glatte Muskelfasern um die kleinen Arterien. Nach den Literaturangaben über die makro- und mikroskopische Struktur und Symptome der derben Ovariumtumoren, die sehr selten vorkommen (Basso sammelte bis zum Jahre 1904 nur 49 Fälle), beschreibt Verf. die Hystogenese derselben. Über die Anwesenheit von Muskelfasern im Ovarium gehen die Meinungen auseinander. Nach Verf.s Meinung kommen die Muskelfasern im Ovariumfibromyom aus dem Ligament. uterinoovaricum und den Fasern der Media der kleinen Arterien.

M. Gerschun (Kiew).

7) **W. N. Orlow.** Über Echinokokkus der Beckenhöhle.

(Russki Wratsch 1905. Nr. 3.)

Verf. beschreibt drei von ihm beobachtete Fälle von Echinokokkus der Beckenhöhle. Ein Fall wurde in die Klinik als Casus inoperabilis aufgenommen, und die Diagnose wurde bei der Sektion bestätigt, die zwei anderen Fälle wurden operiert. In zwei Fällen hat sich der Echinokokkus in der Beckenhöhle sekundär entwickelt bei Anwesenheit von Echinokokkus in anderen Organen, in einem Falle primär in der Beckenhöhle, was sehr selten vorkommt. Die Diagnose des Echinokokkus der Beckenhöhle ist sehr schwer. Mit Sicherheit wurde sie nur in einem Falle gestellt. Sehr nützlich für die Stellung der Diagnose ist Punktion des Tumors, aber sie ist sehr gefährlich, da sie Dissemination des Tumors hervorrufen kann. Was die Behandlung betrifft, so muß sie operativ sein. Verf. hat in beiden Fällen die Laparotomie ausgeführt: im ersten Falle, weil der Echinokokkus multipel war, im zweiten weil die Diagnose eines Ovarialtumors gestellt wurde. **M. Gerschun** (Kiew).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 30. Sonnabend, den 28. Juli. 1906.

Inhalt.

I.

(Aus Prof. Dittrich's gerichtlich-medizinischem Institut der k. k. deutschen Universität in Prag.)

Ein Beitrag zur Frage der mechanischen Fruchtabtreibung.

Von

Dr. **Fritz Hehl**,
Assistenten am Institut.

Fälle von kriminellem Abortus kommen zweifellos viel häufiger vor, als sie zur Kenntnis der Gerichtsbehörden, daher auch zur gerichtsärztlichen Untersuchung gelangen. Namentlich in jenen Fällen, bei denen es sich um einen Fruchtabtreibungsverdacht bei Individuen handelt, welche am Leben bleiben, unterliegt die Feststellung eines Fruchtabtreibungsversuches oder einer vollführten Fruchtabtreibung großen Schwierigkeiten, insofern als doch kaum jemals mit apodiktischer Gewißheit wird gesagt werden können, daß im konkreten Falle der Abortus tatsächlich nur infolge der Verabreichung innerer Mittel, oder infolge irgendwelcher mechanischer oder thermischer Ein-

flüsse erfolgt ist. So berichtet H. Fritsch in seiner »Gerichtsärztlichen Geburtshilfe«, daß wiederholt Schwangere seine Klinik aufsuchten mit der Angabe, das Fruchtwasser sei abgeflossen. Einige Tage später erfolgte in der Klinik der Abortus. Bei den sonst völlig normalen Verhältnissen war es höchst unwahrscheinlich, daß das Fruchtwasser spontan abgeflossen sei. Doch trotz der Überzeugung, daß in den genannten Fällen ein Fruchtabtreibungsversuch mit schließlichem Erfolge vorlag, hätte man bei Gericht die Möglichkeit eines spontanen Fruchtwasserabganges zugeben müssen, so daß in diesen Fällen ohne ein Geständnis der betreffenden Frauenspersonen, oder ohne weitere erfolgreiche Nachforschungen eine strafrechtliche Verfolgung unmöglich wäre.

Nach unseren Erfahrungen begnügen sich denn auch die Gerichtsbehörden in solchen Fällen in der Regel mit einem Ausspruche der Gerichtsärzte darüber, ob dieses oder jenes angewendete Mittel geeignet sei, eine Schwangerschaft vorzeitig zu unterbrechen.

Diejenigen Umstände, welche die Gerichtsbehörden zu Vorerhebungen oder Voruntersuchungen in Fällen von Verdacht auf kriminellen Abortus veranlassen, basieren häufig nicht auf einer Benachteiligung der Gesundheit der betreffenden Frauenspersonen, sondern mehr auf äußeren Umständen, so z. B. auf Gerüchten, welche in der Umgebung derartiger Frauenspersonen auftauchen, wenn dieselben vorzeitig und etwa gar heimlich entbunden haben, oder infolge äußerer Umstände, welche sich vielleicht beim Lokalaugenschein gelegentlich einer Hausdurchsuchung bei einer Hebamme oder bei anderen Personen, die im Verdachte stehen, Fruchtabtreibung zu betreiben, ergeben. Auf diese Weise kann es z. B. kommen, daß durch Aufzeichnungen der betreffenden Fruchtabtreiberinnen, oder dadurch, daß letztere von von ihnen behandelten Frauenspersonen verraten werden, die gerichtliche Untersuchung einer größeren Anzahl von Fällen vermeintlicher oder wirklich stattgehabter Fruchtabtreibung in einem und demselben Straffalle veranlaßt wird.

Fritsch erzählt von einem Arzte, der seit Jahrzehnten das Geschäft des Abtreibens besorgte, und der sich genaue Aufzeichnungen über jeden einzelnen Fall machte. Diese Aufzeichnungen kamen in die Hände der Staatsanwaltschaft und führten zur Verhaftung von 30 Frauenspersonen, die allen Ständen angehörten.

Dafür, daß nicht der objektive Befund des öfteren Anlaß zur gerichtlichen Verfolgung wegen eines kriminellen Abortus gibt, liegt die Ursache gewiß nicht zum geringsten in dem Umstande, daß nur verhältnismäßig selten von einem Arzte, geschweige denn von einer Hebamme eine gerichtliche Anzeige über derartige Fälle gemacht wird.

Es sei bei dieser Gelegenheit betont, daß — was vielen Ärzten unbekannt ist — in derartigen Fällen für den Arzt und die Hebamme in Österreich die Verpflichtung besteht, einschlägige verdächtige Fälle anzuzeigen. Diese Verpflichtung geht aus dem § 359 des österreichischen Strafgesetzes hervor, indem es dort heißt: »Ärzte, Wund-

ärzte, Apotheker, Hebammen und Totenbeschauer sind in jedem Falle, wo ihnen eine Krankheit, eine Verwundung, eine Geburt oder ein Todesfall vorkommen, bei welchem der Verdacht eines Verbrechens oder Vergehens, oder überhaupt einer durch andere herbeigeführten gewaltsamen Verletzung eintritt, verpflichtet, der Behörde davon unverzüglich die Anzeige zu machen. Die Unterlassung dieser Anzeige wird als Übertretung mit einer Geldstrafe von zehn bis hundert Gulden geahndet.«

Anders liegen die Verhältnisse in Deutschland. Dort hat der Arzt keine Verpflichtung, z. B. einen kriminellen Abortus, oder eine bei einem Raufhandel gesetzte Verletzung u. dgl. anzuzeigen, außer der betreffende Fall verliefe tödlich. Der Arzt darf in Deutschland nicht einmal vor Gericht darüber aussagen, wofern er nicht ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden ist[1].

Nicht so selten erfolgen gerichtliche Untersuchungen in Fällen von Abortus mit letalem Ausgange. Der Gang der Untersuchung in derartigen Fällen kann ein verschiedener sein. Das eine Mal können die näheren Umstände des Falles den Verdacht einer Fruchtabtreibung erwecken, welcher Verdacht dann durch die Obduktion noch erhärtet bzw. zur Gewißheit werden kann. Letzteres wird z. B. dann der Fall sein, wenn man, wie dies namentlich nach einem nicht lege artis ausgeführten Eihautstich häufig der Fall ist, eine typische Stichverletzung am Uterus findet, welche sich allerdings oft an der Leiche infolge sekundärer Veränderungen, wie Eiterung und Gewebsnekrose, so präsentiert, daß namentlich Mindergeübte daran denken könnten, es liege keine Stichverletzung, sondern eine Uterusruptur vor. Andererseits kann es vorkommen, daß, nachdem ja gerade bei sanitätspolizeilichen Obduktionen, welche Einrichtung in Deutschland allerdings nicht besteht, häufig jegliche verläßliche anamnestische Angaben fehlen, erst durch die Obduktion ein Befund festgestellt wird, welcher den Verdacht einer stattgehabten mechanischen Fruchtabtreibung erregt, oder eine solche als unzweifelhaft erscheinen läßt, worauf erst das Gericht den Fall in die Hand nimmt und Erhebungen pflegt.

Der Eihautstich wird aber heutzutage von den gewerbsmäßigen Fruchtabtreibern gewiß immer seltener angewendet; wenigstens beobachtet man selbst in tödlichen vermeintlichen Fruchtabtreibungsfällen Läsionen, welche auf einen fehlerhaft ausgeführten Eihautstich zu beziehen sind, seltener als früher. Viel häufiger finden Injektionen von Flüssigkeiten behufs Einleitung des Abortus statt; denn, wenn auch letztere Absicht von den Beschuldigten natürlich geleugnet wird, so geben hierüber doch die Angaben jener Frauenspersonen, an denen eine solche Prozedur vorgenommen wurde, Aufschluß. Der Grund für die relative Häufigkeit dieser Art des kriminellen Abortus dürfte darin gelegen sein, daß es den Hebammen und gewerbsmäßigen Frucht-

[1] Siehe P. Dittrich's Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, III. Band, p. 7. (Wien, Wilh. Braumüller).

abtreibern sehr wohl bekannt ist, daß durch derartige Injektionen viel schwerer irgendwelche objektiv nachweisbare Veränderungen an den weiblichen Geschlechtsteilen gesetzt werden können, welche einen in dieser Weise etwa von ihnen vorgenommenen Eingriff verraten könnten.

Nicht in allen Fällen ist die Entscheidung der Frage, ob eine Verletzung im Bereiche des weiblichen Genitalapparates auf eine mechanische Fruchtabtreibung zurückzuführen ist oder nicht, leicht, ja manchmal auf Grund des Obduktionsbefundes allein unmöglich, denn es liegt ja die Möglichkeit vor, daß Verletzungen der Gebärmutter auch auf eine andere Weise zustande kommen.

Ein solcher fraglicher Fall von mechanischer Fruchtabtreibung wurde in letzter Zeit im k. k. deutschen gerichtlich-medizinischen Institut in Prag obduziert.

Es handelte sich um eine 20 Jahre alte Frauensperson, welche etwa im 5. Monate der Schwangerschaft abortiert hatte und an den Folgen dieses Abortus gestorben war.

Wie aus den Angaben des Polizeiarztes hervorgeht, erkrankte die betreffende Frauensperson am 3. Januar d. J. an »Blutgang«, und am Nachmittage des folgenden Tages abortierte sie eine etwa 5monatige Frucht; die Placenta ging nicht spontan ab, sondern wurde am 5. Januar um 8 Uhr vormittags von dem Arzte manuell entfernt; dabei geringe Blutung. Um diese Zeit hatte sich bei der Frauensperson bereits Erbrechen eingestellt, die Hautdecken waren ikterisch gefärbt, der Unterleib druckschmerzhaft, die Temperatur betrug 37,5°. Die entfernte Placenta war faul. Unter peritonealen Reizerscheinungen und zunehmender Herzschwäche starb die Pat. am 6. Januar um $^1/_2$9 Uhr abends.

Da der Arzt den Verdacht einer Fruchtabtreibung aussprach, so wurde von der k. k. Staatsanwaltschaft die gerichtliche Sektion angeordnet, welche am 9. Januar vorgenommen wurde. Dieselbe ergab folgendes:

Mäßige Leichenfäulnis.

Gehirn und Brustorgane zeigten normale Verhältnisse.

Bei Eröffnung des Unterleibes fanden sich in der freien Bauchhöhle ca. 300 ccm einer blutig gefärbten Flüssigkeit.

Der Bauchfellüberzug der vorliegenden Dünndarmschlingen erschien stellenweise mattglänzend, und fanden sich an vielen Stellen des Dünndarmes dünne, leicht abstreifbare, fibrinöse Auflagerungen in mäßiger Menge.

In der Scheide stak ein bis in die Portio vaginalis hineinreichender, blutig durchtränkter Tampon aus Gazestoff. Die Scheide selbst ziemlich weit, glatt, unverletzt, stellenweise leicht blutig gefärbt. Vom Hymen nur spärliche Reste vorhanden.

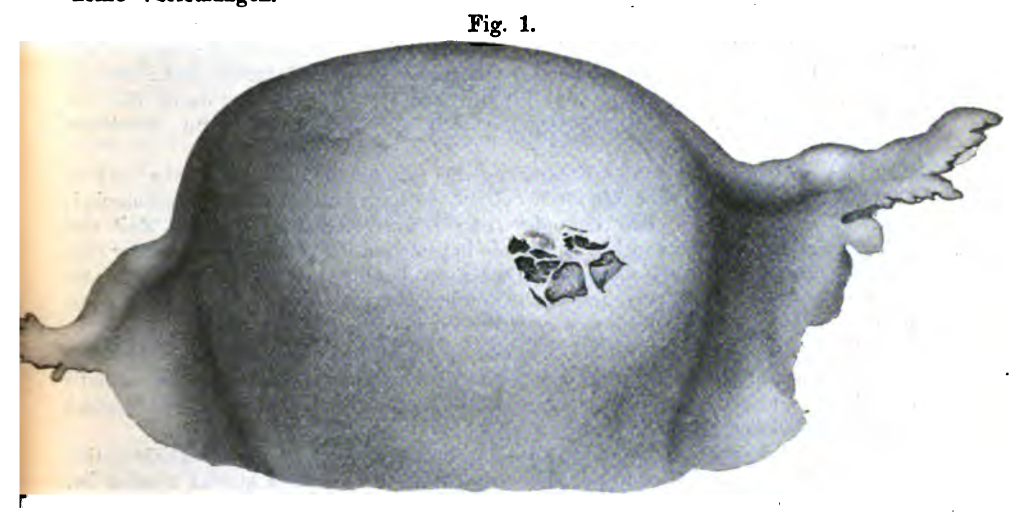
Die Gebärmutter war 12 cm lang, 11 cm breit, ihre Wand bis zu $3^1/_2$ cm dick. Bei Besichtigung der Gebärmutter von der Bauchhöhle aus fand man im Bereiche des linken vorderen Quadranten (s. Fig. 1), und zwar an der Grenze von Körper und Grund etwa 2 cm nach links von der Mittellinie gelegen, eine zweihellerstückgroße Stelle, in deren Bereiche der seröse Überzug der Gebärmutter fast vollständig fehlte, bzw. nur in Form netzförmig angeordneter, ganz schmaler und kurzer Stränge erhalten war. Im Bereiche dieser so veränderten Partie betrug die Dicke der Gebärmutter nur $1-1^1/_2$ mm. In der Umgebung dieser verletzten Stelle erschien die Gebärmutterwand in der Ausdehnung etwa eines Zweiguldenstückes blutig infiltriert. An einer ganz kleinen Stelle traten an der Gebärmutteroberfläche im Bereiche der erwähnten verletzten Stelle beim Einfließenlassen von Wasser in die Gebärmutterhöhle Gasblasen auf. Ein Austritt von Wasser war nicht zu bemerken und konnte die Wasserinfusion wegen der leichten Zerreißlichkeit der Gebärmutterwand nicht forciert werden.

Die Eierstöcke waren etwas vergrößert, am Durchschnitte blutigrot gefärbt; die Eileiter normal.

Das Bauchfell der Beckenhöhle zeigte geringe fibrinöse Auflagerungen.

Im übrigen ergab die Sektion keine pathologischen Veränderungen und keine Verletzungen.

Fig. 1.



Die Todesursache bildete in diesem Falle die beginnende akute Peritonitis, die zweifellos von der beschriebenen Gebärmutterverletzung ausgegangen war; denn eine andere Ursache der Bauchfellentzündung ließ sich nicht nachweisen. Der Tod hing somit ursächlich mit der vorgefundenen Gebärmutterverletzung zusammen.

Aus dem Umstande, daß beim Einfließenlassen von Wasser in die Gebärmutterhöhle Luftblasen an der oben beschriebenen verletzten Stelle an der Außenseite der Gebärmutter aufstiegen, erhellt, daß tatsächlich eine Perforation der Gebärmutter stattgefunden hatte, wiewohl sich in dem weichen aufgelockerten Gewebe an der Innenfläche der Gebärmutter eine Kontinuitätstrennung mit freiem Auge nicht nachweisen ließ.

Es ist an dieser Verletzung vor allem auffällig, daß sie an der äußeren Wand der Gebärmutter ziemlich ausgedehnt und als solche nur in der äußersten Schicht der Gebärmutterwand kenntlich war.

Was nun die Frage der Entstehung der Verletzung anlangt, so kommen zwei Möglichkeiten in Betracht: einerseits Verletzung der Gebärmutterwand von innen her, d. i. von der Gebärmutterhöhle aus, andererseits Verletzung der Gebärmutterwand von außen her durch einen durch die Bauchdecken hindurch wirkenden Druck.

Was zunächst die Frage betrifft, ob die oben beschriebene Verletzung von der Gebärmutterhöhle aus durch Einführung eines langen Gegenstandes in dieselbe zum Zweck einer Fruchtabtreibung zustande gekommen sein konnte, so muß gesagt werden, daß durch Einführung eines langen stumpfen Gegenstandes in die Gebärmutterhöhle sehr wohl eine derartige Verletzung durch Überdehnung der äußeren Wandschichten der Gebärmutter entstehen könnte, indem die Gebärmutterwand über dem stumpfen Ende des Instrumentes überdehnt wird und dadurch zur Berstung kommt, wobei die Verletzung an der Innenfläche der Gebärmutter sehr unbedeutend sein kann. Daß ein spitzes Instrument in unserem Fall angewendet worden wäre, ist allerdings auszuschließen, weil sich dann die ausgedehnte Verletzung des Bauchfellüberzuges der Gebärmutter nicht erklären ließe. Dies wäre bei einer Stichverletzung nur dann denkbar, wenn in der Umgebung ihres peripheren Abschnittes durch die Folgen einer Infektion eine sekundäre Gewebsläsion auftreten würde. Hier war aber von Gewebseiterung oder Ge-

websnekrose nichts zu sehen. Daß es sich um einen Eihautstich im eigentlichen Sinne des Wortes, d. h. um eine mit einem spitzen Werkzeuge gesetzte Verletzung gehandelt hätte, kann somit auf Grund des Befundes an der Oberfläche der Gebärmutter ausgeschlossen werden. Wäre hier nur eine einzige kleine Verletzung, so spräche dies für eine Stichverletzung. Der Umstand, daß es nicht gelang, einen Stichkanal durch die ganze Dicke der Gebärmutterwand hindurch nachzuweisen, spräche nicht unbedingt gegen eine Stichverletzung, da ja letztere durch die Re- und Kontraktion der Uterusmuskulatur sich dem Nachweis hätte entziehen können.

Was die Möglichkeit der Entstehung der genannten Verletzung von außen her durch die Bauchdecken hindurch betrifft, so hat man folgendes zu unterscheiden: Es wäre möglich, daß eine derartige Uterusverletzung noch zur Zeit der Schwangerschaft entstanden ist, indem die betreffende Frauensperson entweder eine zufällige Verletzung der Gebärmutter durch ein Trauma erlitten hat oder aber an ihr behufs Abtreibung der Leibesfrucht gewisse Manipulationen, wie z. B. Kneten oder Massage der Gebärmutter, vorgenommen worden waren.

Nicht der objektive Befund, sondern ganz besonders die äußeren Umstände des Falles sprechen gegen eine zufällige Verletzung, da die Person, falls es sich um eine zufällige Verletzung gehandelt hätte, über ein stattgehabtes Trauma wohl irgendwelche Angaben gemacht hätte.

Schließlich wäre es möglich, daß die genannte Verletzung der Gebärmutter erst nach Abgang des Eies durch eine Expression der Placenta gesetzt worden ist. Wie bereits oben erwähnt wurde, geht aus den Akten hervor, daß der Arzt in unserem Falle die Placenta manuell entfernte.

Mit Rücksicht auf die angeführten Möglichkeiten der Entstehung dieser Uterusverletzung wurde in dem vorläufigen Gutachten gesagt, daß es zur Abgabe eines bestimmteren Gutachtens nötig wäre, den betreffenden Arzt durch eine neuerliche Einvernahme genau darüber zu befragen, in welcher Art er die Entfernung der Nachgeburt vorgenommen hat. Der Arzt gab nun an, er hätte am 5. Januar früh die Kranke untersucht und den äußeren Muttermund für einen Finger leicht durchgängig gefunden. Die ausfließende Flüssigkeit war blutig gefärbt und übelriechend. Weil auch der Gesamtzustand der Kranken sehr schlecht, der Puls beschleunigt, Erbrechen vorhanden, die Hautdecken auffallend ikterisch waren, entfernte der Arzt gleich nach Desinfektion der Hände und der Geschlechtsteile die zurückgehaltene Placenta in der Weise, daß er mit der rechten Hand in die Scheide, mit dem Zeigefinger in die Gebärmutter einging, wo die zurückgehaltene, an der Gebärmutterwand nirgends fixierte Placenta leicht zu tasten war. Mit der linken Hand hielt er allerdings den Fundus durch die Bauchdecken entgegen, doch konnte er einen stärkeren Druck wegen der bedeutenden Schmerzhaftigkeit des Unterleibes nicht ausführen. Dieses war auch nicht notwendig, weil die Placenta gelöst war; es gelang, letztere durch geringen Zug zu entfernen. Die Gebärmutter wurde desinfiziert und Jodoformgaze eingeführt.

Aus diesen Aussagen des Arztes geht hervor, daß die betreffende Frauensperson schon vor der Entfernung der Nachgeburt unter peritonitischen und septischen Erscheinungen erkrankt war, daß somit, vorausgesetzt daß, woran zu zweifeln übrigens gar kein Grund vorhanden ist, die Angaben des Arztes richtig sind, offenbar schon vor dem Eingreifen des Arztes die perforierende Gebärmutterverletzung bestanden hatte, wenn auch zugegeben werden muß, daß die genannten Symptome auch durch die zurückgelassene, in beginnender Fäulnis befindliche Placenta bedingt gewesen sein konnten.

Von großer Bedeutung erscheint die Aussage des Arztes, daß das Abdomen stark druckschmerzhaft, und daß die Placenta bereits von der Gebärmutterwand losgelöst war. Es erscheint daher im höchsten Grad unwahrscheinlich, daß die genannte Verletzung etwa bei der Entfernung der Placenta durch einen seitens des Arztes von außen her durch die Bauchdecken ausgeübten Druck entstanden ist.

Was schließlich die Aussagen der Mutter der betreffenden Frauensperson an-

langt, so geht daraus hervor, daß eine Hebamme angeblich erst nach dem Abortus gerufen wurde. Diese Hebamme habe sofort den Arzt rufen lassen.

Die Gebärmutterverletzung konnte somit einerseits durch Einführen eines langen stumpfen Gegenstandes in die Gebärmutterhöhle, andererseits aber auch durch einen von außen her durch die Bauchdecken hindurch wirkenden Druck: entweder zufälliges Trauma oder durch Manipulationen, wie Kneten oder Massieren der Gebärmutter, zum Zwecke der Unterbrechung der Schwangerschaft entstanden sein. Es bleibt schließlich nur letztere Möglichkeit übrig, da, wie schon erwähnt, eine zufällige Entstehung der Verletzung durch die äußeren Umstände ausgeschlossen werden kann.

Daß der Fall durch die Erhebungen nicht klargestellt wurde, beweist natürlich nichts gegen eine stattgehabte Fruchtabtreibung oder gegen einen erfolgten Fruchtabtreibungsversuch.

Der beschriebene Fall zeigt uns somit, daß es Fälle gibt, in denen die Entscheidung der Frage, ob eine Verletzung im Bereiche der weiblichen Geschlechtsteile auf eine mechanische Fruchtabtreibung zurückzuführen ist oder nicht, auf Grund des Obduktionsbefundes allein zuweilen überhaupt unmöglich ist.

Andererseits gelangen oft Fälle zur Obduktion, bei denen wir eine Verletzung im Bereiche des weiblichen Geschlechtsapparates finden, welche nur auf einen mechanischen Fruchtabtreibungsversuch bezogen werden kann. Interessant ist in dieser Richtung ein Fall, welcher gleichfalls in letzter Zeit im k. k. deutschen gerichtlich-medizinischen Institut in Prag zur Obduktion kam.

Wie aus der klinischen Krankengeschichte und den Gerichtsakten hervorgeht wurde am 15. März 1906 zu der 29 Jahre alten verheirateten A. M. ein Arzt gerufen, um die Nachgeburt nach einem Abortus zu entfernen. Der Arzt fand die Frau fiebernd und aus dem Genitale blutend vor. Er entfernte die Placenta welche, wie der Arzt angab, ebenso wie die Lochien einen üblen Geruch zeigte. Nachdem sich aber auch nach der Entfernung der Placenta der fieberhafte Zustand nicht änderte, so nahm der Arzt am 19. März eine Curettage vor, um ein weiteres Fortschreiten des bestehenden Infektionsprozesses zu verhindern. Trotzdem verschlimmerte sich auch weiterhin der Zustand der Pat. Dem Arzte, welcher nach der Ursache des Abortus forschte, gab die Frau an, sie hätte Kohle getragen und wäre dabei gefallen. Auf weiteres Eindringen des Arztes teilte sie ihm mit, eine Frauensperson hätte sie zu einer Hebamme geführt, welche mittels eines Häkchens am 12. März abends den Abortus einzuleiten versucht hätte. Die Frau blutete nach ihrer Angabe gleich nach diesem Eingriffe; schon am nächsten Morgen stellte sich Fieber, Schüttelfrost und Erbrechen ein.

Der Arzt machte außer der Curettage noch eine intra-uterine Ausspülung.

Am 28. März wurde die Frau in die gynäkologische Klinik des Prof. v. Franqué gebracht, wo noch eine intra-uterine Lysolausspülung gemacht wurde und wo die Pat. am 29. März starb.

Die klinische Diagnose lautete Sepsis post abortum.

Die Obduktion, welche im Auftrage der k. k. Staatsanwaltschaft am 30. März gerichtlich vorgenommen wurde, ergab folgenden Befund:

Im rechten Brustfellsacke etwa 0,3 Liter leicht getrübter, mit fibrinösen Flocken untermengter Flüssigkeit. Die Lungen, stärker aber die rechte, zeigten an ihrer Oberfläche ganz frische, leicht abstreifbare fibrinöse Auflagerungen. Das Herz war ziemlich schlaff, das Herzfleisch sehr blaß, leicht zerreißlich.

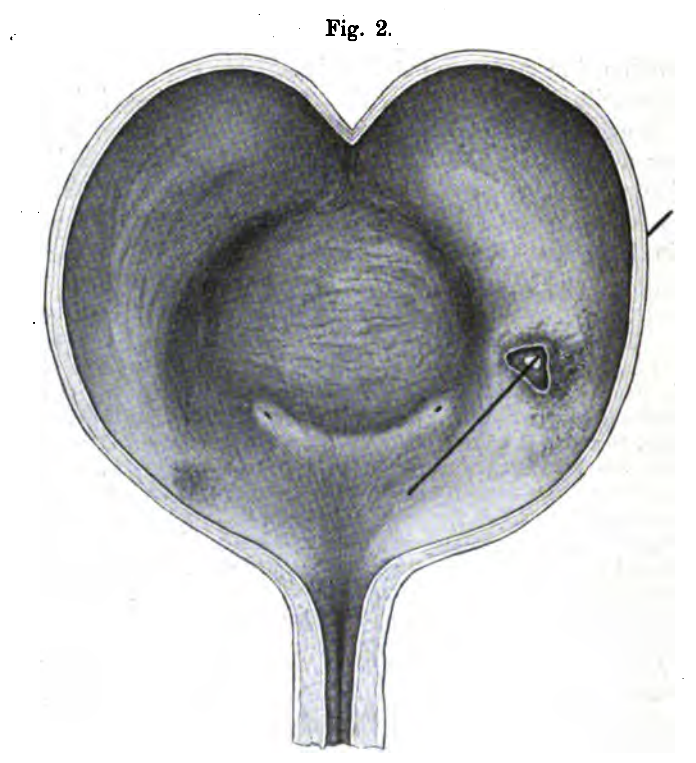
In der freien Bauchhöhle fand sich kein abnormer Inhalt. Die Milz war stark vergrößert, ziemlich weich und pulpareich. An der unteren Seite der Milz fand sich am Übergange des oberen in das mittlere Drittel ein von einer frischen Membran ausgekleideter, über bohnengroßer Abszeß. Die Nieren waren akut

geschwellt, ihr Gewebe gelockert; linkerseits fand sich außerdem eine eitrige Pyelitis.

Bei Abpräparierung der vorderen Blasenwand gelangte man in eine hinter der Symphyse gelegene, etwa mittelfaustgroße Höhle, welche von mißfarbigem, schiefergrauem, eitrig infiltriertem Gewebe ausgekleidet war und eine eitrig-jauchige, übelriechende Flüssigkeit enthielt.

Bei der Untersuchung der Harnblase von außen fand man beiläufig in der Mitte ihrer vorderen Wand, etwas links von der Mittellinie gelegen, ein erbsengroßes rundliches Loch, welches die ganze Dicke der Harnblase betraf, in den äußersten Schichten an Größe etwas zunahm und in die oben beschriebene Jauchenhöhle ausmündete. An dieser lochförmigen Verletzung ließ sich deutlich die Richtung des Wundkanales von hinten unten nach oben vorn erkennen. Bei Betrachtung der Harnblasenverletzung zeigte sich, daß der lochförmige Substanzverlust in Erbsengröße nur die Muscularis betraf, während der Substanzverlust der Harnblasenschleimhaut größer war (Fig. 2.). Die Abbildung zeigt die in der vorderen Mittellinie aufgeschnittene, aufgeklappte Harnblase von innen her.

Fig. 2.



Ferner erschien die Blasenschleimhaut entsprechend einem bis etwa $1^1/_2$ cm breiten Ring um diese lochförmige Verletzung herum etwas geschwollen und gleichmäßig dunkelrot hämorrhagisch gefärbt, dabei von der Unterlage abgehoben. Im übrigen war die Blasenschleimhaut ziemlich stark injiziert.

Die Gebärmutter war 11 cm lang, bis 7 cm breit, ihre Wand bis $2^1/_2$ cm dick. Der äußere Muttermund für die Kuppe eines Fingers durchgängig. In der Gebärmutterhöhle mißfarbige zähe Flüssigkeit; die Gebärmutterschleimhaut aufgelockert, mißfarbig, zeigte stellenweise ganz oberflächliche grübchenförmige Verletzungen. Sonst zeigten die Geschlechtsteile bloß Veränderungen, wie sie dem gewöhnlichen Befunde bei einer Multipara entsprechen.

Was nun die Entstehung der beschriebenen lochförmigen Harnblasenwunde anlangt, so ist dieselbe offenbar durch Einführen eines spitzigen Instrumentes durch die Harnröhre in die Harnblase entstanden; denn als etwas anderes als Stichverletzung kann die genannte Verletzung nicht gedeutet werden. Wenn auch die Frau angab, die Hebamme hätte ein Häkchen in das Genitale eingeführt, so ist zu bemerken, daß es sich doch um ein gerades, spitziges, nadelförmiges Instrument gehandelt haben dürfte, weil es bei Anwendung eines zumal spitzen Häkchens doch nicht leicht möglich wäre, daß beim Zurückziehen des Instrumentes nicht eine weitere Verletzung durch Hängenbleiben der Spitze des Häkchens entstanden wäre. Die Angaben der Frau über die Beschaffenheit des Instrumentes sind nicht maßgebend, weil sie sich ja diesbezüglich getäuscht haben kann.

Auf Grund des Obduktionsbefundes sowie der Aussagen der Verstorbenen muß geschlossen werden, daß es sich in unserem Falle um die Einführung eines geraden, spitzen Instrumentes zum Zwecke einer vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft gehandelt hat, bzw. daß hier ein Fall von — sei es aus Unkenntnis, sei es aus Ungeschicklichkeit, sei es in der Aufregung — fehlerhaft ausgeführtem Eihautstich vorliegt. Es wurde eben das Instrument statt in die Gebärmutter fälschlich in die Harnblase eingeführt.

Was nun die Frage anlangt, wie in unserem Falle der Abortus in Gang kam, so ist folgendes zu bemerken. Zunächst ist es möglich, daß die Hebamme, falls sie überhaupt bemerkte, daß das eingeführte Instrument in die Harnröhre gedrungen war, das Instrument wieder zurückzog, dann in die Gebärmutterhöhle einführte und den Eihautstich vornahm. Möglich ist diese Manipulation, beweisen können wir sie nicht, da die Gebärmutter mit Ausnahme einiger kleiner grübchenförmiger Vertiefungen, die offenbar von der vorgenommenen Curettage herrührten, keinerlei Verletzungen zeigte. Andererseits ist es aber auch möglich, daß durch die sich rasch einstellende septisch-pyämische Allgemeininfektion der Abortus herbeigeführt wurde.

Der Tod ist in unserem Falle eine natürliche und begreifliche Folge der erlittenen Verletzung, die Verletzung somit ihrer allgemeinen Natur nach tödlich (§ 129 der österreichischen Strafprozeßordnung); denn die oben beschriebene Jauchenhöhle in der Umgebung der vorderen Blasenwand ist einzig und allein durch die Durchtrennung der Harnblasenwand bedingt, und von hier aus kam es zur allgemeinen septisch-pyämischen Infektion des Körpers, welche in der akuten Milzschwellung, einem Milzabszeß, einer beiderseitigen akuten Pleuritis und einer parenchymatösen Degeneration des Herzens und der Nieren ihren Ausdruck findet.

Zu einer Bestrafung der beschuldigten Hebamme kam es in unserem Falle nicht; denn die von der Verstorbenen bezeichnete Hebamme erklärte, daß sie die A. M. gar nicht gekannt habe, und konnte, von Zeugen unterstützt, den Nachweis erbringen, daß sie in der Zeit, wo der Abortus erfolgte, und schon mehrere Wochen vorher, krank war. So wurde das Verfahren eingestellt, da die etwaige Täterin nicht eruiert wurde.

Einen dem eben beschriebenen ähnlichen Fall teilt Haberda[2] mit.

Es handelte sich um eine 37jährige ledige Frauensperson, welche mit peritonitischen Reizerscheinungen in das Wiener Krankenhaus eingebracht wurde, und die daselbst, ohne Angaben über die Art des Zustandekommens des vorangegangenen Abortus gemacht zu haben, starb. Bei der Obduktion fand sich eine eitrige Peritonitis und als Ausgangspunkt derselben in der Mitte der hinteren Blasenwand, zwei Querfinger über der Umschlagstelle des Peritoneums, eine schlitzförmige, sagittal gestellte, $1^1/_2$ cm lange, das Lumen der Harnblase mit dem Bauchraume verbindende Öffnung mit rechts ziemlich geraden, links etwas gezackten und mit eitrig-faserstoffigem Exsudate belegten Rändern. Die Blasenschleimhaut und das Peritoneum um die Verletzung herum intensiv gerötet und unter letzterem stellen-

[2] Haberda, Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin 3. F. Bd. X. p. 347.

weise bis linsengroße Austritte geronnenen Blutes. Die puerperale Gebärmutter unverletzt.

Haberda nimmt an, daß wahrscheinlich infolge der Peritonitis der Abortus eingetreten ist, und daß die Verletzung durch einen Eingriff entstanden, den die Schwangere selbst behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt unternommen hat.

Pisani[3] teilt einen Fall mit, in welchem eine Schwangere durch Einführen eines elastischen Bougie in das Genitale die Schwangerschaft unterbrechen wollte, dabei aber das Bougie durch die Harnröhre in die Harnblase einführte, wo es stecken blieb und entfernt wurde.

Mit Rücksicht darauf, daß Fälle vorliegen, in denen Schwangere selbst derartige Eingriffe an sich vorgenommen haben, könnte auch für unseren Fall die Möglichkeit, daß die Frau selbst einen Eingriff zum Zweck einer Fruchtabtreibung an sich selbst vorgenommen hat, nicht absolut ausgeschlossen werden. Es ist aber naturgemäß, daß zunächst die gerichtliche Voruntersuchung von der Staatsanwaltschaft auf Grund der Angaben der Verstorbenen über einen seitens einer Hebamme vorgenommenen Eingriff angeordnet worden ist.

Zum Schluß sei es mir gestattet, an dieser Stelle meinem Chef, Herrn Prof. Dittrich, für die Überlassung dieser beiden Fälle meinen Dank auszusprechen.

II.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen. Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Runge.)

Über die Breus'sche Hämatommole.

Von

Dr. Adolf Zinsser,
Assistenten der Klinik.

Nachdem Breus im Jahre 1892 als erster eine durch bestimmte klinische und anatomische Merkmale charakterisierte Form des Abortes unter dem Namen der Mola haematomatosa oder des Haematoma subchoriale tuberosum beschrieben hatte, zog dieses Krankheitsbild zu wiederholten Malen die Aufmerksamkeit der Fachkreise auf sich, und es resultierte daraus ein Streit und Widerstreit der Meinungen, der zum Teil mit einer Erbitterung geführt wurde, die sich in umgekehrter Proportion zur praktischen Bedeutung des Gegenstandes bewegte. Eine umfangreiche Literatur, die sich im Laufe der Jahre angesammelt hat — in einer Arbeit von Taussig zusammengestellt —, erübrigt es wohl, auf die Geschichte dieser Molenform und die mannigfachen Theorien, zu denen sie Veranlassung gegeben hat, einzugehen, und ich möchte mich damit begnügen, die Sätze, die bisher der Kritik standgehalten haben, kurz hervorzuheben und einen weiteren hierher gehörigen Fall der Reihe der bisher veröffentlichten anzuschließen.

---

[3] Pisani, Tribuna med. 1902 ref. in Frommel's Jahresbericht Jahrg. XVIII.

Man ist heute wohl berechtigt, die **Breus**'sche Mole als selbständiges Krankheitsbild anzusehen, klinisch charakterisiert durch eine mehr oder weniger lange Übertragung des in frühen Stadien der Schwangerschaft abgestorbenen Eies, anatomisch gekennzeichnet durch ein offenbares Mißverhältnis zwischen Embryo und Fruchtsack und das Vorkommen von reichlichen, teils breitbasigen, teils gestielten Hämatomen (Aneurysmen) zwischen Decidua und Chorion. Während also bis hierhin im Sinne von **Breus** eine Einigung erzielt ist, bringt bezüglich der Genese der Erkrankung fast jede neue Arbeit eine neue Theorie, und es erscheint mir fraglich, ob je eine Einigung in diesem Punkte wird erzielt werden können, da die stets vorhandenen ausgedehnten regressiven Prozesse die Beurteilung der mikroskopischen Präparate sehr erschweren und oft eine Deutung nach verschiedener Richtung zulassen.

An Hand eines kürzlich in der Göttinger Frauenklinik beobachteten Falles, der mir von Herrn Geheimrat **Runge** in dankenswerter Weise zur Bearbeitung überlassen wurde, möchte ich im folgenden versuchen, einen weiteren Beitrag zur Molenfrage zu liefern.

Eine 37jährige Arbeitersfrau gelangte am 13. November 1905 in der hiesigen Frauenklinik zur Aufnahme und gab folgende Anamnese an: Sie hat fünfmal spontan geboren und einmal abortiert. Im Februar 1905 blieben die Menses aus, sie will dann auch eine geringe Zunahme ihres Leibesumfanges bemerkt haben, und sie hielt sich für schwanger. Die Schwangerschaft »machte aber keine Fortschritte«, obwohl sich die Regel nicht wieder einstellte. Im Juli zeigte sich eine geringe eintägige Blutung, dann fühlte sich die Frau wieder vollkommen normal, bis Anfang November heftige Blutungen einsetzten, die die Frau nach achttägiger Dauer der Klinik zuführten. Hier wurde nach Jodoformgazetamponade von Cervix und Scheide am 15. November ein Schwangerschaftsprodukt mit folgenden Eigenschaften ausgestoßen:

Es liegt vor ein vollständiges Ei von 13 : 9 : 5 cm Durchmesser, das in den größten Teilen seiner Peripherie schon eine geraume Weile aus dem Verbande mit der Uteruswand gelöst gewesen sein muß. Seine Hauptmasse wird gebildet durch die außergewöhnlich nach Flächen- und Dickenwachstum entwickelte Placenta.

Die freien Eihäute liegen zusammengesunken und präsentieren sich als eine dicke, mattgraue Membran. Amnion und Chorion lassen sich nur unvollkommen voneinander trennen.

Die Placenta stellt eine 13 : 9 : 1—1½ cm starke Scheibe dar. Ihre deciduale Fläche zeigt dasselbe mattgraue, matschige Aussehen wie die materne Fläche der freien Eihäute. Die fötale Fläche trägt eine große Zahl in der Größe variierender Vorbuckelungen, deren Konvexität blaurot verfärbt erscheint. An manchen Stellen, besonders an den die Vorwölbungen begrenzenden Einziehungen, gewahrt man Duplikaturen der Eihäute, die bei einem Versuche der Entfaltung sofort einreißen. Auf dem Durchschnitt sieht man eine Felderung, derart, daß sich die Vorwölbungen als in den verschiedensten Nuancen des Rot spielende Massen geronnenen Blutes darstellen, voneinander geschieden durch graue Septen, die von den den Einziehungen entsprechenden Stellen aus der maternen Fläche zuziehen. Von den Hauptsepten aus erstrecken sich kleinere in unregelmäßiger Anordnung nach dem Innern der Bluträume.

Auf Menge und Beschaffenheit des Fruchtwassers war bei der Eröffnung des Eies leider nicht geachtet worden. Im Innern liegt ein stark mazerierter Embryo, der etwa der 9. bis 11. Woche angehört. Ein Nabelschnurrest ist weder am Fötus noch an der Placenta nachzuweisen.

*

Es handelt sich demnach wohl zweifellos um eine Hämatommole im Breusschen Sinne. Wir finden das auffallende Mißverhältnis zwischen der Frucht und ihren Anhängen. Die Struktur der Placenta ist bedingt durch die sogenannten subchorialen Hämatome, zwischen denen man, als die beschriebenen grauen Streifen, Zottenreste wahrnimmt.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden Stücke aus verschiedenen Partien des nach Kaiserling gehärteten Präparates entnommen, in aufsteigender Alkohlreihe weiter behandelt und teils in Celloidinschnitte zerlegt, teils nach der von Frankl angegebenen Methode in Paraffin eingebettet. Gefärbt wurde mit Hämalaun-Eosin und nach van Gieson.



Die Betrachtung der Randpartien der Schnitte zeigt eine einer starken regressiven Metamorphose unterworfene Decidua: Die Zellen erscheinen gequollen, ihre Grenzen verwischt, ihr Tinktionsvermögen stark herabgesetzt. In den tiefen Schichten der Decidua findet man zuweilen scharf konturierte hyaline Inseln und Streifen, degenerierte Zottenreste, die wohl mit den Bildern identisch sind, die Bauereisen als versprengte (deportierte) Zotten deutet, und die ihm als Ausgangspunkt seiner Theorie von der Genese der Molen dienen. Eine besondere Beziehung derselben zu den Gefäßen läßt sich nicht feststellen. Man hat aber in der Tat den Eindruck, als seien diese tiefen Zotteninseln in größerer Häufigkeit zu finden als in einer großen Reihe normaler Abortplacenten oder z. B. auf den Bildern des Websterschen Atlas.

Noch weiter vorgeschritten ist die Nekrose an den freien Eihäuten. Nur stellenweise lassen sich noch Andeutungen chorialen oder amniotischen Epithels erkennen. Ihm liegt nach der mütterlichen Seite zu auf eine dicke Schicht teils körniger, teils fibrinöser Massen, in denen sich hier und da noch Reste decidualer Auflage-

rungen finden. An manchen Stellen, besonders in der Gegend der Randzone der Placenta, sieht man eine äußerst dichte kleinzellige Infiltration.

Der die Placenta überziehende Teil der Eihäute ist wesentlich besser erhalten, und man gewahrt stellenweise gut erhaltenes Epithel. Entsprechend den bei der mikroskopischen Beschreibung erwähnten Septen lassen sich im mikroskopischen Bilde Chorionzotten verfolgen, die, zum Teil von einer gut erhaltenen syncytialen Schicht bekleidet, von der Chorionplatte sich nach der Tiefe erstrecken. Sie zeigen ein feines bindegewebiges Stroma von gleichmäßiger Anordnung, in dem Gefäßreste nicht bestimmt zu erkennen sind. Bei weitem den größten Teil des Gesichtsfeldes nehmen die Blutmassen ein. Sie liegen zwischen Decidua und der Chorionplatte und werden von den Zotten durchzogen. Sie weisen die verschiedensten Stadien der Gerinnung auf, die mit Bildern gut erhaltenen, frischen Blutes abwechseln, und zwar derart, daß in der Umgebung frischer Blutherde stets Zotten mit gut erhaltenem Syncytium anzutreffen sind. Die Blutmassen halten sich streng innerhalb der genannten Grenzen, und es läßt sich besonders nirgends ein Hineinragen in die tieferen Schichten der Decidua feststellen. Man hat den Eindruck, als handle es sich um einen mächtig erweiterten intervillösen Raum, in dem die freien Zotten zugrunde gegangen und nur die starken Haftzotten erhalten geblieben sind.

Wesentlich neue Gesichtspunkte hat demnach die mikroskopische Untersuchung infolge der ausgedehnten Nekrosen nicht ergeben. Halten wir aber an der berechtigten Annahme fest, daß mit dem Präparat eine echte Hämatommole vorliegt, so kommen wir zu folgenden Schlußfolgerungen:

1) Es kann das Bild der Breus'schen Mole entstehen auch bei Früchten, die älter sind wie die von Taussig zusammengestellten (9. bis 11. Woche in unserem Falle).

2) Ein derartig vorgeschrittenes Entwicklungsstadium des Embryo beweist ohne weiteres, daß der Grund der schließlichen Entwicklungsstörung nicht in einer Insuffizienz der primären Herzanlage (Gottschalk) gesucht werden kann.

3) Das Mißverhältnis zwischen Ei und Eihüllen ist bei den vorliegenden Größenverhältnissen außerordentlich prägnant und drängt dazu, zur Erklärung des Bildes auf die Annahme eines Hydramnion (Davidson) zurückzugreifen.

4) Die Hämatome entstammen den intervillösen Räumen und sind besser als Aneurysmen (Bauereisen) zu bezeichnen.

5) Die Bauereisen'schen Befunde — zahlreiche Inseln entarteter (versprengter?) Zotten in der Tiefe der Decidua — werden bestätigt.

6) Den Entzündungsherden im Bereiche der freien Eihäute möchte ich nicht die Bedeutung einer Endometritis deciduae (Walther) beilegen. Sie scheinen mir sekundär als Reaktionserscheinung auf das Absterben des Eies aufgefaßt werden zu müssen.

Literatur.

1) Breus, Das tuberöse subchoriale Hämatom der Decidua. Wien 1892.

2) Walther, Ein Fall von Hämatommole. Zentralblatt für Gynäkologie 1892. p. 707.

3) Gottschalk, Zur Lehre von den Hämatommolen. Archiv für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVIII. p. 134.

4) Davidson, Zur Lehre von der Mola haematomatosa. Archiv für Geburtshilfe Bd. LXV. p. 181.

5) Taussig, Über die Breus'sche Hämatommole. Ibid. Bd. LXVIII. p. 258 (enthält eine ausführliche Literaturzusammenstellung).

6) Bauereisen, Über die Hämatommole. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LI. p. 309.

7) Frankl, Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. p. 365.

8) Seitz, in v. Winckel's Handbuch der Geburtshilfe. Bd. II. 2. Teil.

9) Webster, Die Placentation beim Menschen. Berlin 1906.

III.

Bemerkungen zu dem Artikel B. Credé's „Pelvioplastik" in Nr. 22 ds. Bl.

Von

Dr. R. Klien in Leipzig.

Der Artikel des Chirurgen Credé mit der Überschrift »Pelvioplastik« fordert in mehr wie einer Hinsicht die Kritik des Geburtshelfers heraus. Hätte sich Credé, anstatt bei dem alten Aitken (derselbe lebte Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts) in der modernen geburtshilflichen Fachliteratur oder durch die ihm so leicht mögliche persönliche Erkundigung über die Frage der dauernden Beckenerweiterung orientiert, so würde er gefunden haben, daß, wie die Idee, so auch das Wesentliche in der Technik seiner Operation nicht neu ist, ja daß Idee und Operation von den Geburtshelfern bereits abgetan sind. Er würde ohne große Schwierigkeiten auf die gleichbedeutenden Operationsversuche gestoßen sein, welche Frank in Köln vor 12 Jahren unternahm, von denen man aber trotz der damals berichteten guten Operationserfolge nie wieder etwas gehört hat. Frank hat seine Versuche nicht wiederholt. Credé würde sich dann die Frage vorgelegt haben, wie das kommt, und würde leicht — z. B. schon mit Hilfe des v. Winckel'schen Handbuches — die Antwort erhalten haben. Er würde dann wahrscheinlich seine Idee nicht in die Praxis umgesetzt haben.

Um den Kern der Sache kurz vorweg zu nehmen: Credé's Vorschlag beruht erstens auf einer völligen Verkennung des geburtshilflichen Effektes seiner Operation, und zweitens ist sich Credé auch offenbar nicht der gefährlichen Folgen bewußt, die seine Operation unter Umständen bezüglich der Stabilität des Beckens haben kann.

Was ermöglicht denn nach gemachter Symphyseotomie (oder Pubiotomie) dem kindlichen Kopfe die Passage? Die 10, im Maximum 15 mm betragende Verlängerung der Conjugata nicht allein; das bedeutete bei einem Becken von 7,0 cm Conjugata 8,0—8,5 cm neue Conjugatenlänge; das würde nicht genügen, um den 9,25 cm messenden Biparietaldurchmesser durchzulassen. Erst dadurch, daß sich die Wölbung des kindlichen Kopfes in den Spaltraum zwischen den klaffenden Schambeinen hineinpressen kann, mit anderen Worten, daß

eine mehr oder weniger große Schädelkalotte sozusagen außerhalb des Beckenringes herabgleiten kann, wird die Symphyseotomie leistungsfähig; erst dieser negative Raumzuwachs bedeutet eine wertvolle Verlängerung der geburtshilflichen Conjugata um ein dazukommendes Plus von 15—20 mm, so daß nunmehr in Wirklichkeit der gerade Durchmesser des Beckeneinganges um 25—35 mm verlängert ist; das gibt aus. Was will dagegen Credé's dauernde Verlängerung der Conjugata um 10—15 mm bedeuten? eine Ziffer, die übrigens in seinem Falle noch nicht einmal exakt gemessen und wahrscheinlich zu hoch gegriffen ist. Für eine nachfolgende spontane Geburt nichts, wenigstens nicht bei hochgradig verengten Becken. Das hat Credé offenbar selbst gefühlt, denn er schreibt: »Bei sehr engen Becken bleibt es nach stattgefundener Verknöcherung, die nach meiner Operation viel sicherer zu erwarten ist, als nach einfacher Pubiotomie, noch möglich in der Geburtsperiode oder früher auf der anderen Seite zu operieren.«

Zunächst also wäre eine einmalige Pelvioplastik nach Credé nur für wenig verengte Becken erfolgversprechend. Für diese brauchen wir die Operation aber nicht.

Es ist bekannt (Abel, Varnier), daß nach Symphyseotomie spätere Geburten gar nicht selten spontan verlaufen, weil das Becken weiter geworden ist, weiter ist es aber bei der späteren Geburt infolge der bindegewebigen Vereinigung der Symphyse, wie sie nach Symphyseotomie fast ausnahmslos resultiert. Diese Bindegewebsbrücke lockert sich in der Gravidität, wird weicher, dehnbarer, und der so resultierende Raumzuwachs genügt bei geringeren Graden der Beckenverengerung eben oft, um die Geburt spontan vor sich gehen zu lassen. Ganz ähnlich wird es bei der Pubiotomie, bei der der Raumzuwachs etwa gleichgroß dem nach Symphyseotomie ist, sein; es ist höchst wahrscheinlich, daß auch nach der Pubiotomie in der Regel keine knöcherne, sondern eine bindegewebige Verbindung an der Sägestelle zustande kommen wird. Wenigstens haben einige Wochen post hebotomiam gemachte Röntgenaufnahmen bisher keine knöcherne Vereinigung konstatieren lassen (v. Franqué, Döderlein, Krönig). Es ist deshalb wahrscheinlich, daß auch ein früher hebotomiertes Becken bei späterer Geburt nachgiebiger sein wird; in Reifferscheid's Fall war dies tatsächlich so. Damit fiele die Indikation zur Credé'sche Pelvioplastik für Becken mit geringerer Verengerung fort. Denn wer würde es unternehmen, an Stelle der einfachen, beinahe lebens- und funktionssicheren subkutanen Pubiotomie, zu der wir uns glücklich durchgerungen haben, eine komplizierte, wie Credé selbst zugibt event. durch Eiterung heilende Operation zu setzen, deren Effekt kein größerer war wie bei jener sein kann, ganz besonders dann nicht, wenn wirklich, wie Credé sicher erwartet, bei seiner Operation die Knochenheilung eine knöcherne ist. Den Beweis für die Richtigkeit dieser Erwartung hat er indes noch nicht geliefert; es ist auch schwer ver-

ständlich, warum bei der Credé'schen Plastik eine knöcherne Heilung eher zustande kommen soll wie nach einfacher Pubiotomie.

Man hätte eher erwarten sollen, daß Credé auf die zweifache Bindegewebsbrücke, wie sie nach seiner Operation höchstwahrscheinlich entsteht, Gewicht gelegt hätte; denn zwei Stellen werden mehr nachgeben wie eine. Aber auch dann würde wohl niemand diesen kleinen Vorteil einzutauschen für richtig halten durch eine viel gefährlichere und kompliziertere Operation als es die subkutane Pubiotomie ist. Ist somit der Beweis geführt, daß wir für wenig verengte Becken die Operation nicht nötig haben, so bedarf der Nachweis, daß sie für höhergradig verengte nichts leistet, kaum der näheren Erörterung. Immerhin dürfte es nicht ohne Interesse sein, über die Frage der dauernden Beckenerweiterung einen der besten Kenner zu hören.

Als im gleichen Jahre wie Frank die Russen Phénomenoff und Kotchekoff in den Annales de Gynécologie 1894 Bd. XLI zwei Projekte für dauernde Beckenerweiterung durch Symphyseoplastik veröffentlichten, hat Varnier als Redakteur genannter Zeitschrift sofort als Anhang einen geharnischten Artikel zur Warnung geschrieben. Wir teilen aus demselben folgenden Passus mit: Angenommen, ein erweiterndes Knochenstück von 20—25 mm Breite heile wirklich ein «qu'en résultera-t-il? Une augmentation notable des diamètres transverses ... et une augmentation minime du diamètre insuffisant; du conjugué, sur laquelle M. de Phénomenoff, ayant négligé d'appliquer la courbe d'une tête de foetus sur le nouveau contur créé, pour apprécier le bénéfice de son opération. Mais nous voulons accepter ses conclusions. Il agrandit le bassin de quelques millimètres! Hélas! Combien cette maigre ressource paraît insuffisante quand on sait que, dans la moyenne des symphyséotomies, c'est plusieurs centimètres d'agrandissement q'on est obligé de demander et d'obtenir. Et qui dit à M. de Phénomenoff que tel bassin modérément rétréci, c'est-à-dire susceptible d'être rendu suffisant pour la tête d'aujourd'hui ou de demain, le sera également pour toutes les têtes des accouchements altérieures? Non certes, on ne peut prétendre assurer l'avenir avec l'agrandissement du conjugué vrai qui résulte d'un écartement pubien de 2 centimètres. Car cet agrandissement est à ce point insignifiant qu'on doit le considérer comme n'est pour peu qu'il s'agisse de bassins sérieusement vreiés, de ces bassins de 70 à 85 millim. qui sont et seront toujours la monnaie courante de la symphyséotomie. ,Je prie de se rappeler que l'agrandissement du diamètre conjuguée, qu'est le insuffisant n'est pas uniformément proportionnel à l'écartement des pubis séparés; que cet agrandissement est accéléré, c'est-à dire que minima pour les premières centimètres d'écartement pubien, il croît de plus en plus pour chaque nouveau centimètre qui vient s'ajouter aux précédents. Par exemple, si un écartement pubien de 3 centim. allonge le diamètre antéro-postérieur practicable de 8 millim., 3 centim. d'écartement en plus l'allongeront de 12 millim. et non de 8 seulement'.» (Farabeuf).

Da sagt Credé: gut, genügen 2 cm Einsatz auf der einen Seite nicht, machen wir es auf der anderen ebenso. Ja, machen läßt sich heutzutage, besonders mit Silber, vieles! Ob es aber immer wohlgetan ist? Man kann auch aus dem Regen in die Traufe kommen. Dies schildert Varnier (l. c.) ebenso meisterhaft wie vernichtend:

»Il en serait à peu de chose près de même du deuxième procédé proposé par Phénoménoff ou la pièce intercalaire à (et c'est le maximum qu'elle puisse avoir) 4 centim. de large. Suppossons en effet un bassin de 70 millim. symphyséotomisé; il faut 6 centim. d'écartement pubien pour l'amener à 93 millim., ce qui n'est point encore le chiffre du diamètre bipariétal normal. C'est dire qu'avec le deuxième procédé (maximum) de M. de Phénoménoff, on arriverait, avec ses 4 centimètres d'écartement, à faire un bassin destiné à une nouvelle pelviotomie lors d'un accouchement ultérieur .....

Il reste maintenant à faire toucher du doigt au lecteur l'inconvénient majeur de l'opération proposée. Tout le monde connaît au moins de réputation, cette grave infirmité ,le relâchement des symphyses sacro-iliaques. La solidité du bassin, qui permet le transfert du poids du tronc aux fémurs, résulte de ce que le sacrum engrené dans les os iliaques, y est en outre puissement comprimé par le rapprochement antérieur de la partie pubienne de ces os, par la symphyse des pubis.

Faites la symphyséotomie; immédiatement les deux symphyses postérieures se desserrent, le sacrum devient mobile, incapable de transmettre régulièrement le pords du tronc. Rapproches au contact ces pubis séparés: la solidité reparait partout; écartez-les seulement de 2 centim., c'est, en arrière et de chaque côté, une véritable dislocation. Consilides, clonez, ankylosez les pubis ainsi écartés, pour tâcher d'immobiliser les os iliaques, le sacrum n'ayant plus les flancs serrés, flotte simplement suspendu. De sorte que l'ou conçoit la crainte des symphyséotomistes relativement à la solidité ultérieure de symphyses postérieures, et l'ideé de remédier au relâchement chronique de celles-ci par une légère résection antérieure, par ce qu'un charron fait en châtrant ses sones' (Farabeuf). La symphyséotomie serait une d'atestable opération si la chirurgie moderne ne permettait pas d'obtenir, complètement et rapidement, la reconstitution de la symphyse pubienne, et par suite réadaptation étroite des surfaces articulaires sacro-iliaques. ... Nous pouvons dire à M. de Phénoménoff qu'auteur de nous on a beaucoup songé à l'agrandissement suffisant et une fois pour toutes des bassins rétrécis et que l'on n'a fait, à ce point de vue, que tourner dans le cercle d'Aitken. Si Aitken vivait encore, il répéterait sans doute avec nous: ,Sciez les deux pubis à 4 on 5 centim. de ligne médiane, coupez on tordez les branches de l'arcade; luxes tout ce large panneau en avant de toute son épaisseur et faites, si vous pouvez, qu'il se consolide ainsi. Vous n'aurez d'autre bénéfice que cette épaisseur même et ce sera presque toujours trop

peu. Mais vous n'aurez pas compromis la solidité du bassin, car vous vous serez gardé à tout moment, dans tous les temps de l'opération et de la cure ... de l'élargir, de desserrer les symphyses postérieures'.»

Es ist zuzugeben, daß diese auf Grund theoretischer Erwägungen von Varnier behauptete Gefahr für die Ileosakralgelenke in Wirklichkeit geringer ist. Er hat selbst freimütig seine Ansicht modifiziert, nachdem er die Gelegenheit wahrgenommen hatte, einen der von Frank operierten Fälle in Köln selbst nachzuuntersuchen. Varnier berichtete darüber auf dem Moskauer Kongreß 1897. Die Untersuchung fand 10 Wochen post op. statt. Die Frau ging und arbeitete ohne jede Beschwerde (wie nach Frank's Angabe die beiden anderen Operierten auch). Es war also in diesem Falle die gefürchtete Lockerung in den Ileosakralgelenken nicht eingetreten. Aber — das eingesetzte Stück hatte auch nur 3 cm in der Breite gemessen, und in Ermangelung einer Röntgenuntersuchung mußte es sogar zweifelhaft erscheinen, ob das Schaltstück seine ursprüngliche Breite dauernd beibehalten hatte. Wie dem auch sei, jedenfalls ist das Einsatzstück an Breite geringer gewesen wie das nach doppelseitiger Credé'scher Operation der Fall sein würde; mithin ist der Einwand Varnier's für diese Operation noch nicht hinfällig, ganz besonders dann nicht, wenn die Operation etwa außerhalb der Schwangerschaft gemacht würde, wie das Credé für gewisse Fälle vorschlägt. In dieser Zeit ist, mangels der Schwangerschaftsauflockerung eine Störung in der Solidität der hinteren Gelenke noch mehr zu fürchten. Was aber die Hauptsache ist: die Erweiterung des von Varnier nachuntersuchten Beckens erwies sich als eine so minimale, daß Frank selbst die Erfolglosigkeit seiner Operation Varnier zugeben mußte.

Wir müssen also vor der Credé'schen Pelvioplastik warnen als vor einer Operation, welche

1) bei mäßig verengtem Becken überflüssig ist;
2) bei stark verengtem Becken ihren Zweck nicht erfüllt;
3) bei zweiseitiger Ausführung die Solidität des Beckenringes zu gefährden imstande ist.

Es ist zu wünschen, daß die Pelvioplastik Credé's ebensowenig oft geübt wird wie seine Pelviotomie behufs Exstirpation des Uterus. Ein bißchen chirurgische Luft in der Geburtshilfe ist sicher gesund, aber kein Wind.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 27. April 1906.

Vorsitzender: Herr Bumm; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

Herr Jaquet wird zum Ehrenmitglied ernannt.

I. Demonstrationen.

1) Herr Hense: Demonstration zweier tuberkulöser Tuben, die als Nebenbefund bei der Exstirpation einer kindskopfgroßen Ovarialcyste mitentfernt

wurden. Der Palpationsbefund bei der 24jährigen Nullipara war kurz folgender: Freie Parametrien, retrouterine Ovarialcyste, beiderseits verdickte Tuben. Hinweis auf die Schwierigkeiten der Diagnose tuberkulöser Salpingitiden bei Fehlen von Bauchfelltuberkulose und tuberkulöser Ascites. Form und Größe der Tuben, ebenso wie die von manchen Autoren beschriebene Verdickung im Isthmus beweisen nichts gegen gonorrhoische Salpingitiden. Knötchen sind nicht immer zu fühlen. Wohl aber ergibt sich aus dem Kontrastbefund von Salpingitiden und vollkommen freien Parametrien, wie in diesem Fall, ein ziemlich sicherer diagnostischer Hinweis auf den tuberkulösen Prozeß in den Tuben, da isolierte Tubentuberkulose zu keiner Infiltration der basalen Parametrien führt, dieselben aber bei der Gonorrhöe, besonders bei deren längerem Bestehen und Übergang auf die Tuben stets mehr oder weniger starke Grade von Infiltration aufweisen.

Diskussion. Herr Schäffer, Herr Bumm.

Herr Bröse muß der Behauptung, daß die Parametrien oft infolge von Gonorrhöe erkranken, widersprechen. Er hat in einzelnen sehr seltenen Fällen eine Erkrankung der Ligg. sacrouterina im Laufe der Gonorrhöe eintreten sehen, hat sich aber in diesen Fällen des Verdachtes nicht erwehren können, daß in diesen Fällen die Infektion vom Rektum und nicht von der Cervix ausging.

Herr Hense (Schlußwort).

2) Herr Liepmann demonstriert eine Mißgeburt, wie solche in gleicher Weise noch nicht beobachtet ist. Neben verschiedenen anderen Hemmungsmißbildungen weist sie nämlich beiderseits eine Zweistrahlung des unteren Femurendes auf. Die anatomische Untersuchung, insbesondere die Insertion der Muskeln läßt bei bestehendem doppelseitigen Tibiadefekte darauf schließen, daß der eine Strahl, zum Teil wenigstens, aus der rudimentären Tibia besteht.

Diskussion. Herr Olshausen.

3) Herr Orthmann stellt eine Kranke vor, bei der er am 9. Februar d. J. eine inkarzerierte Nabelhernie und beide Adnexe wegen doppelseitigen primären Tubenkarzinoms entfernt hat. — Die Pat. ist 53 Jahre alt, hat einmal geboren und einmal abortiert, vor ca. 30 Jahren; seit 10 Jahren ist sie in der Menopause. Die Hauptbeschwerden, über welche die Pat. klagte, rührten von der Nabelhernie her; außerdem bestanden starker, übelriechender Ausfluß und unbestimmte Schmerzen im Unterleibe. — Die Operation war erschwert durch den kolossalen Panniculus adiposus, der in der Nabelgegend eine Dicke von 8 cm hatte, während der Bauchumfang augenblicklich noch — $^1/_4$ Jahr nach der Operation — 116 cm beträgt; außerdem waren die Adnextumoren, namentlich auf der rechten Seite, außerordentlich fest verwachsen. Die Rekonvaleszenz wurde durch einen Bauchdeckenabszeß verzögert, der am 18. Tage nach der Operation eine Gegenöffnung in der linken Seite notwendig machte. Zurzeit ist die Wunde bis auf zwei kleine Öffnungen verheilt und Pat. vollkommen beschwerdefrei.

Die rechte Tube hat die Form einer gewöhnlichen Saktosalpinx (12 : 6 : 5); am abdominalen Ende ausgedehnte Adhäsionsreste. Das Lumen der Tube ist teils von papillären, karzinomatösen Wucherungen, teils von heller seröser Flüssigkeit ausgefüllt. Das Ovarium ist mit der unteren Seite der Tube fest verwachsen und zeigt kleinere karzinomatöse Metastasen. — Die linke Tube zeigt nur geringe karzinomatöse Schleimhautveränderungen. — Der Nabel ist in toto mit dem fest adhärenten, ebenfalls karzinomatöse Metastasen zeigenden Netzteil exstirpiert. — Das Peritoneum zeigte bei der Operation übrigens auch bereits multiple Metastasen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein papillär-alveoläres Karzinom der Tubenschleimhaut handelt, das sich anscheinend in einer Sactosalpinx serosa entwickelt hat. — Zur näheren Erläuterung wurden Zeichnungen und mikroskopische Präparate vorgelegt.

(Der Fall wird anderweitig ausführlich veröffentlicht werden.)

II. Diskussion zum Vortrage des Herrn Robert Meyer: Über die benigne, choriale Zellinvasion in die Uterus- und Tubenwand.

Herr Baur: Durch die vorgeführten Bilder ist doch wohl der zweifellose Beweis erbracht, daß kindliches Gewebe in mütterliches einzudringen imstande ist. Bezüglich eines Bildes, wo eine dichte Zellanhäufung um ein mütterliches Blutgefäß herum zu sehen ist, möchte ich anfragen, ob das schon als ein organisierter Strang anzusehen ist, oder ob wenigstens die Möglichkeit dazu angenommen werden darf, jedenfalls müssen wir auf Grund dieser Bilder eine innigere Verbindung von kindlichem und mütterlichem Gewebe annehmen, als es bisher geschah. Als naheliegenden klinischen Beweis die Aborte heranzuziehen, sind wir wegen des pathologischen Zustandes nicht berechtigt, eher schon die artifizielle Unterbrechung der physiologischen Schwangerschaft, wo wir auch tatsächlich häufig eine außerordentlich festsitzende Placenta vorfinden. Jedenfalls dürfen wir einen absolut verneinenden Standpunkt der »festgewachsenen Placenta« gegenüber nicht mehr einnehmen.

Herr Carl Ruge weist auf die Wichtigkeit der vorgeführten Präparate für die mikroskopische Diagnose und damit auf die Vorschläge von tieferen Eingriffen hin. — Im Anschluß hieran weist R. auf die ihm nicht bewiesen erschienene Annahme hin, daß Luteinzellenwucherungen im Ovarium die (primäre) Ursache für Blasenmolen wären.

Herr Hense sucht die Erklärung für die interessanten Befunde nicht in einer primären Wachstumsenergie der Chorionzotten, sondern in einem pathologischen Verhalten der Decidua serotina, ähnlich wie bei den sicher festgestellten anatomischen Veränderungen derselben bei Placentaadhärenz. Wie bei diesen, so auch bei den Befunden des Herrn Robert Meyer befindet sich die Decidua im Zustande der Atrophie mit nekrobiotischen Herden und teilweisem völligen Schwunde, so daß das Heran- und Hineinwachsen der Chorionzotten in die Uterusmuskulatur und deren Gefäße dadurch ermöglicht oder sogar veranlaßt wird. In der Muskulatur kann es dann durch die veränderten, womöglich besseren Ernährungsbedingungen zu einem exzessiven Wachstum der Zotten kommen.

Herr Stoeckel legt auf Anregung von Herrn Carl Ruge seine Ansicht über einen etwaigen Zusammenhang zwischen Blasenmole und Veränderungen der Ovarien dar. Er hat auf das Vorkommen kleincystischer Eierstocksdegeneration und auf das Vorwiegen von Luteincysten bei Blasenmole als auf einen typischen Befund zuerst hingewiesen. Die Luteincysten weichen insofern von ihrem gewöhnlichen Verhalten ab, als die Theca externa stellenweise unklar erschien und die Luteinzellen von der Cystenwand weg, ins Ovarialgewebe hineinzogen. Mehrere Untersucher (Schaller, Pförringer, Runge jun.) erklärten diese Bilder durch eine atypisch aktive Wucherung der Luteinzellen, während S. daran festhält, daß es sich nur um eine passive Zellverlagerung, um ein Abgedrängtwerden der Zellen durch Gefäße der Cystenwand handelt.

Der zweite auffallende Befund bestand in dem Nachweis von Haufen und Zügen von Luteinzellen mitten im Ovarialgewebe, weitab von den Luteincysten. Ihre Genese ist ebenfalls noch umstritten. S. hatte bei Publikation dieser Befunde erklärt, daß die Ovarialveränderungen sehr wahrscheinlich als sekundär, als Folgezustand der Blasenmolenbildung aufzufassen seien. Pick und Jaffé, welche die Befunde von S. bestätigten, erklärten die Überproduktion an Luteingewebe, die Degeneratio lutinealis, für die Ursache der Blasenmolenbildung, und zwar mit Bezug auf die gerade damals von L. Fränkel aufgestellte Theorie von der Bedeutung des Corpus luteum für die Nidation und Entwicklung des Eies. S. hielt von Anfang an diese Erklärung für übereilt und für nicht bewiesen. Jetzt, wo die Fränkel'sche Ansicht in vollem Umfange wohl nicht mehr als richtig anzuerkennen ist und die für die Blasenmole geschilderten Ovarialveränderungen auch bei normaler Gravidität (Wallart, Seitz) nachgewiesen sind, glaubt S. an seiner ursprünglich geäußerten Ansicht festhalten zu können. Die Veränderungen in den Ovarien scheinen bei Blasenmole in gesteigertem Maße sich auszubilden. Weitere Untersuchungen sind erwünscht. Die Genese der Luteinzellen erklärt S. für bindegewebig und setzt sie in Analogie mit den Deciduazellen.

Herr P. Strassmann ist einmal in der Lage gewesen, wegen Inkarzeration der vergrößerten Ovarien bei Blasenmolenschwangerschaft zu laparotomieren. Die Geschwülste waren faustgroß. Einige Stunden nach der Operation traten Wehen ein, und es wurde ein ödematöser Fötus mit einer Blasenmole geboren. Ausräumung des Uterus wegen der kurz zuvor ausgeführten Laparotomie erschwert. Pat. ist genesen. Da der Tumor bei der Laparotomie schwer zu beurteilen war, wurde ein kleines Stück von dem einen Ovarium zurückgelassen, zumal es sich um eine junge Frau im 1. Jahre der Ehe handelte. Das zurückgelassene Stück ist nicht weiter degeneriert. Die Menstruation trat regelmäßig ein. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab den Befund, wie er von Stoeckel geschildert ist. Immerhin bilden derartige hochgradige Veränderungen am Eierstock Ausnahmen. S. weist auf die abnormen körperlichen Veränderungen der Blasenmolen tragenden Frauen hin, die weit über den lokalen Befund hinausgehen (Albuminurie, Ödeme usw.). Er erinnert an eine ältere Arbeit von Kehrer, die das körperliche Verhalten und das spätere Befinden der Blasenmolen tragenden Frauen behandelt. (Archiv für Gynäkologie Bd. XLV.)

S. hält eine neue derartige Nachprüfung für notwendig, nachdem die malignen Erkrankungen des Uterus und die Ovarialveränderungen bekannt sind, die zur Zeit der Kehrer'schen Arbeit noch nicht so festgestellt waren.

S. vermutet als Ursache der Blasenmole eine Anomalie der Eizelle, vielleicht einen Hydrops. Durch die übergroße und schnelle Zunahme des Schwangerschaftsproduktes und des Uterus tritt in einzelnen Fällen ein mechanisches Moment hinzu, welches zu Ödem der Umgebung führt und die Anschwellung der Ovarien und Bildung der Pseudogeschwülste einleitet.

Herr Robert Meyer (Schlußwort): Die Chorionepithelinvasion kommt zu jeder Zeit in der Gravidität vor. Nicht die mangelhafte Ernährung der einzelnen Chorionepithelien, sondern des ganzen Chorion ist die Ursache zu der Neigung, neue Ernährungswege anzubahnen. Die Benignität ist nicht in jedem Einzelfalle nachweisbar, aus der Häufigkeit der Befunde geht jedoch hervor, daß auch schwere Grade der Zellinvasion sicher benigne sind; das macht es nötig, die Differentialdiagnose, insbesondere in Fällen von Placentarretention, gelegentlich sogar nach einfachem Abort zwischen der häufigen benignen Zellinvasion und dem seltenen Chorionepitheliom zu berücksichtigen.

Bezüglich der Luteinzellenfrage bei Blasenmole schließt sich M. den Vorrednern an und bestätigt nach Untersuchungen an zahlreichen Ovarien die Befunde von Stoeckel und die von Seitz.

III. Herr Knorr hält den angekündigten Vortrag: Beitrag zur Diagnose und Therapie der Gonorrhöe der Harnwege des Weibes.

Zu den strittigen Kapiteln der Lehre von der Gonorrhöe gehört die Art der Beteiligung der oberen Harnwege. Gibt es eine rein gonorrhoische Cystitis corporis? Aszendiert die Gonorrhöe vorzugsweise in den Ureter und das Nierenbecken? Da seit der Arbeit von Bumm im Veit'schen Handbuch der Gynäkologie über diese Erkrankungsformen keinerlei Mitteilungen eingehender Art erschienen sind und trotz Einführung der Cystoskopie über diese Fragen sowohl bei Gynäkologen wie bei Urologen divergente Anschauungen bestehen, schildert K. auf Grund 7jähriger eigener cystoskopischer Untersuchungen bei über 3000 Pat., sowie der spärlichen kasuistischen Angaben in der Literatur den derzeitigen Stand der Frage.

Die Ansichten Bumm's über die Seltenheit des Aszendierens der Gonorrhöe sowie der Cystitis gon. kann K. vollauf bestätigen.

Während die Cystitis colli gon. oder Urethrocystitis häufiger vorkommt, ist eine rein gonorrhoische Cystitis corporis sehr selten.

Nach Besprechung des Krankheitsbildes und des cystoskopischen Befundes der Cystokolitis, die von Stoeckel, sowie Bierhoff und Verf. bereits eingehend geschildert worden sind, wird die Cystitis corporis beschrieben. Greift der Prozeß vom Sphinkterrand und Trigonum auf die übrige Blase über, so geschieht dies meist in charakteristischer Weise, so daß nur zirkumskripte Stellen entzündlich verändert werden, und es im Gegensatz zur flächenhaften Verbreitung anderer

Cystitisformen zu inselförmiger Zerstreuung der Entzündungszentra kommt (Finger, Kolischer). Die Schleimhaut sieht im cystoskopischen Bilde gefleckt, getigert aus, so daß man an eine Purpura oder Petechien erinnert wird.

K. hat unter mehr wie 100 Fällen von Cystitis corporis nur 2 Fälle von gonorrhoischer gesehen, die beidemal dieses typische Bild einer makulösen Form zeigten. Einer dieser Fälle wurde vor 6 Jahren von Bierhoff in der Zeitschrift für Dermatologie veröffentlicht.

Außer dieser fleckigen Form haben Zangemeister und Stoeckel noch eine besondere Erkrankungsform beschrieben. Ersterer sah bei Gonorrhöe der Blase kleine graurote, etwas prominente Flecke, mit mehr grauweißer Kuppe, die aus sehr flachen Bläschen zu bestehen schienen, letzterer beschreibt in seiner Cystoskopie der Gynäkologen einen Fall, in dem er multiple gelbe Knötchen auf entzündeter Basis sah. Solche Formen hat K. nicht gesehen.

Das fleckweise Auftreten der Entzündung ist aber nicht pathognomonisch für Gonorrhöe. K. sah eine makulose Cystitis, hervorgerufen durch Diplokokken anderer Art. (Heilung in einigen Tagen.)

Für die überaus große Seltenheit der gonorrhoischen Cystitis corporis sprechen auch folgende Tatsachen:

Rovsing hat unter 76 Cystiten nur 4 gonorrhoische gefunden (1mal Mischinfektion, Cystitis colli und corporis nicht geschieden! und zwar bei Männern).

Raskai fand unter 61 sehr genau untersuchten Fällen in keinem Falle Gonokokken.

Mit weiterer Verbreitung der Cystoskopie werden zwar etwas häufiger gonorrhoische Cystiten gefunden werden — vielleicht auch erzeugt werden! —, aber die Tatsache der Seltenheit der gonorrhoischen Cystitis besteht trotzdem.

Die Collicystitis gon. soll nach Ingria und Finger im fünften Teil aller Urethriten bei der Frau vorkommen.

Entsprechend der Seltenheit der Blasengonorrhöe kann man a priori annehmen, daß auch die Pyelitis gon. selten ist; doch kann es bei der Nähe der Ureteren vom Blasenhalse direkt ohne Beteiligung der übrigen Blase zum Aszendieren kommen.

Bumm konnte 1897 keinen sicheren Fall von gonorrhoischer Pyelitis anführen. — Der Fall von H. Kelly war nicht beweiskräftig, da hier nicht sicher Gonokokken gefunden wurden. Vor Einführung des Harnleiterkatheterismus war der Nachweis einer solchen Affektion schwierig; man war lediglich auf die bakteriologische Untersuchung des Eiters von exstirpierten Pyonephrosen angewiesen. Man fand fast ausschließlich die anderen Eitererreger, es handelte sich in fast allen postgonorrhoischen Pyelonephriten um sekundäre Infektionen. Nur in wenigen Fällen fand man lediglich Gonokokken im Nierengewebe, doch können dieselben sowohl auf metastatischem Wege wie durch die Lymphbahnen nach oben gelangt sein (Fälle von Lewis, Dowd, Brausford-Lewis, Mendelsohn, sämtlich bei Männern).

Erst neuerdings gelang es Pavone und Kreps bei Frauen und Casper in 2 Fällen bei Männern Gonokokken im Ureter und Nierenbecken nachzuweisen (Marcuse).

Rovsing hat unter 38 Pyeliten keine gonorrhoische, Opitz unter 84 Fällen von Pyelonephritis gravidarum nur in einem Falle (Spalding) das Vorhandensein von Gonokokken erwähnt.

»Die rein gonorrhoische Pyelitis ist beim Weibe sehr selten«, so häufig auch Pyeliten überhaupt vorkommen; letztere sind jedoch öfters postgonorrhoische (sekundäre) Mischinfektionen. Die Gonokokken werden von anderen pathogenen Keimen überwuchert; außerdem kann der Nachweis derselben sehr schwierig sein. Die Gonorrhöe präpariert auch den Boden für eine tuberkulöse Infektion (Casper).

Zum Schluß Besprechung der allgemeinen Gesichtspunkte für die Therapie.

Bei Urethritis gon. empfiehlt sich außer Gonosandarreichung Lokalbehandlung. Injektion von Silbersalzlösungen mittels Fritsch'scher Spritze oder ge-

wöhnlicher Spritze mit olivenartigem Ansatz. Eindringen von Lösung in die Blase irrelevant.

Bei längerem Bestand der Gonorrhöe, Trübung der zweiten Harnportion oder Auftreten cystitischer Erscheinungen muß man Beteiligung des Blasenhalses annehmen. Blasenspülungen von Argentumpräparaten mittels Nélatonkatheter und Spritze.

Bei sehr chronischem Verlaufe ist eine cystoskopische Untersuchung nützlich. Sie gestattet erst eine genaue Diagnose des Sitzes der Gonorrhöe, insbesondere ob ein Ureter befallen ist. Dadurch ist zielbewußte Therapie möglich.

Die Pyelitis acuta wird medikamentös behandelt. Nur bei längerem chronischen Verlauf empfiehlt sich der leicht auszuführende Ureterenkatheterismus mit Argentum nitricum-Einspritzungen in das Nierenbecken (Kelly, Albarran, Casper).

K. hat einen Fall von eitriger Pyelitis (allerdings nicht gonorrhoischer) mittels dieser Methode rasch geheilt und kann das Verfahren sehr empfehlen.

---

2) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 8. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr Mond; Schriftführer: Herr Deseniss.

I. Demonstrationen.

Herr Mond berichtet über einen Geburtsfall nach von anderer Seite vor 3 Jahren ausgeführtem Alexander-Adams.

Die Pat. war nach der Operation wohl ihre Rücken- und Kreuzschmerzen los geworden, hatte jedoch eigentlich beständig über Schmerzen im Gebiete der beiden Schnitte zu klagen. Nach Eintritt der Schwangerschaft nahmen diese Beschwerden stark überhand, man stand der Sache hilflos gegenüber. Vom 6. Monate der Gravidität fiel M. eine unregelmäßige Auftreibung des Uterus auf, die linke Uterushälfte prominierte weit mehr als die rechte. Die Bänder waren stets gespannt und sehr druckempfindlich zu fühlen. Vom 7. Monat an stand die Lage des Kindes als Beckenendlage fest, der große Kopf lag links oben, im Becken war nichts zu fühlen. Die Geburt selbst, die gestern nacht vor sich ging, war für die Kreißende unausgesetzt mit schier unerträglichen Schmerzen verbunden; die vorhergehenden zwei Geburten waren bei der hochgewachsenen Frau mit prachtvollem Becken sehr leicht vonstatten gegangen. Die leiseste Berührung des Leibes wurde als Schmerz empfunden; nach Abgang des Fruchtwassers zeigte sich Fuß und Nabelschnur vorliegend. Sobald angängig, Extraktion des sehr großen Kindes, das lebend zur Welt kam. M. sieht die Schmerzhaftigkeit seit der Operation in einem jedenfalls nicht lege artis ausgeführten Operationsverfahren. Das linke Ligament war jedenfalls zu stark verkürzt oder abgerissen und dann ganz am Stumpfe des Bandes fixiert worden. Werth, dem wir ja die ersten ausführlichen Arbeiten über Alexander-Adams verdanken, legt großes Gewicht darauf, jedesmal den N. ileoinguinalis zu entfernen, weil dadurch die späteren Schmerzen in der Narbe nach Möglichkeit vermieden würden.

II. Diskussion zu dem Vortrage des Herrn Rieck (Sitzung vom 24. April).

Herr Mond glaubt, daß man doch wohl mit einer Blasenaustastung ausgekommen wäre; dieselbe sei gar nicht so schwierig und gefährlich, falls sorgfältig ausgeführt.

Herr Prochownik stellt sich auf Seite des Herrn Rieck, hält digitale Austastungen für gar nicht gleichgültig und hat selbst einmal nach einer solchen einen häßlichen Einriß und langdauernde Inkontinenz erlebt.

Herr Rose fragt, ob direkte Cystoskopie gemacht sei; der Durchmesser des Instrumentes ist 1 cm, erfordert also nur eine sehr geringe Dilatation. Man kann dann gleich den Stein unter Leitung des Auges zertrümmern und die Trümmer entfernen. Er hält dies jedenfalls für ein weit gefahrloseres Verfahren, als den Blasen-Scheidenschnitt.

Herr Roesing befürchtet beim Blasenschnitt die Urininfiltration, der Urin muß in diesem Falle sehr wenig giftig gewesen sein, um eine so glatte Heilung zu ermöglichen.

Herr Mond entsinnt sich eines Falles, bei dem eine Reihe von Operationen notwendig wurden, um eine Blasen-Scheidenfistel endgültig zu schließen.

Herr Sellheim (Freiburg) (als Gast) ist der Ansicht, daß für die Diagnose das Cystoskop durch kein anderes Mittel zu ersetzen ist. Kleine Steine können unter Leitung des Auges mit direkter Cystoskopie direkt entfernt werden. Für große Steine ist dem Blasen-Scheidenschnitte der Vorzug zu geben. Blasen-Scheidenschnitte verheilen sehr leicht. Die Heilungschancen solcher Schnitte sind ungleich günstiger wie die von den durch Quetschung entstandenen Blasen-Scheidenfisteln.

Herr Rieck hält Herrn Mond gegenüber an der Ansicht fest, daß bei Dilatation der Urethra leicht Einrisse entstehen und manchmal auch eine bleibende Schwächung des Schließmuskels erfolge. Er wendet, um Herrn Rose's Anfrage zu beantworten, stets in Fällen unklarer Blasenerkrankung als einfachstes und sicherstes diagnostisches Mittel das Nitze'sche Cystoskop an und bezweifelt, ob es mit dem Rose'schen Verfahren gelungen wäre, den Steinrest im Ureter zu entfernen. Die Gefahr der Urininfiltration bei primärem Verschluß der Blase hält er trotz Katarrhs der Blase im Gegensatze zu Herrn Roesing nicht für groß wegen des Mangels an lockerem Bindegewebe an der Schnittstelle. Jedenfalls hat er nie von entgegenstehenden Erfahrungen gehört.

III. Vortrag des Herrn Grauert: Gravidität mit Pemphigus und Hämophilie.

Es handelt sich um eine 24jährige Arbeitersfrau, deren Eltern, Geschwister und übrige Verwandte gesund sind. Als Kind erkrankte Pat. an Masern, Wasserpocken und Keuchhusten, vom 8.—14. Jahre litt sie an Veitstanz, vom 16.—18. Jahre an Bleichsucht. Die Menses traten zuerst im 16. Jahr auf, verliefen regelmäßig alle 4 Wochen, 7 Tage anhaltend, stark, in den ersten Tagen mit Schmerzen. Vom 18.—21. Jahre war Pat. angeblich gesund. Die erste Gravidität von Juli 1902 bis April 1903 verlief ohne Störungen. Das Kind, welches nur Mutterbrust erhalten hatte, starb 8 Wochen nach der Geburt an Krämpfen.

Während der zweiten Gravidität, welche Oktober 1903 begann, trat 8 Wochen nach dem Fortbleiben der Menses an der linken Seite des Brustkorbes, dann auf dem Handgelenke beginnend, am linken Arm ein blasenförmiger Ausschlag auf, welcher später auch auf die vordere linke Brust übersprang. Während der Behandlung durch den Hausarzt heilten die Blasen ab, während stets an anderen Stellen neue auftraten.

Im 6. Schwangerschaftsmonate trat nach einem Fall eine Gebärmutterblutung ein, welche nach einigen Tagen Bettruhe stand. Bald darauf erkrankte Pat. an Magenblutungen (Blutbrechen), welches in Zwischenräumen bis zum Ende der Schwangerschaft sich wiederholte, so daß Pat. damals sehr herunterkam und zeitweise nur mit Nährklistieren ernährt wurde. Kleine äußere Verletzungen führten in der Zeit angeblich auch zu größeren Blutverlusten. Nach der Geburt, am 12. Juni 1904, verschwanden sofort der Blasenausschlag und die Blutungen. Das Kind starb nach 14 Wochen an wiederholten, vom Arzte beobachteten Magenblutungen. Nach der Geburt erholte sich die Pat. schnell.

Mit Eintritt der dritten Schwangerschaft, im November 1904, traten dieselben Krankheitserscheinungen nach 4 Wochen wieder auf, nur begann dieses Mal der blasenbildende Hautausschlag auf dem linken Handrücken und nahm dann abwechselnd oder gleichzeitig die Streck- und Beugeseite des ganzen linken Armes, sowie die ganze linke Brust ein. Ich habe die Pat. von ihrem 4. Schwangerschaftsmonat an zu behandeln Gelegenheit gehabt. Es handelte sich um einen außerordentlich ausgedehnten Pemphigus vulgaris benignus, dessen Blasen meist die Größe von Hühner- bis Gänseeiern hatten und teils mit klarer, teils weingelber, teils eitriger Flüssigkeit angefüllt waren. Eine Zeitlang war die ganze linke Thoraxseite infolge Abstoßung der Blase wund. Die Behandlung: Eröffnung der Blasen,

Bestreuung mit Salizylstreupulver, Anlegung eines aseptischen Verbandes, Arsen innerlich, führte meist schnell zur Heilung, verhinderte aber nicht, daß stets neue Blasen außerhalb und unterhalb des Verbandes entstanden.

Dem Ausbruche neuer Pemphygusblasen ging fast stets ein heftiger Schüttelfrost und schmerzhaftes Hautbrennen voraus. Magenblutungen wurden in jener Zeit wiederholt vom Hausarzte beobachtet. Der Ernährungszustand der Pat. litt außerordentlich infolge des großen Säfteverlustes, des Serums der Pemphigusblasen und der Magenblutungen. Mit der Geburt, am 22. Juli 1905, hörten abermals alle Krankheitserscheinungen auf. Das Kind starb 4 Wochen nach der Geburt, ebenso wie das vorige, an Blutbrechen.

Pat. erholte sich langsam.

Der Ausschlag und die Magenblutungen traten nicht wieder ein bis 4 Wochen nach Beginn der vierten Gravidität, die mit dem Fortbleiben der Regel am 9. Januar 1906 ihren Anfang nahm.

Nach anfänglichem Zuwarten veranlaßten nun der Hausarzt und ein hinzugezogener Dermatologe die Aufnahme ins Krankenhaus zwecks »Einleitung des künstlichen Abortes wegen Pemphigus und Hämophilie«. Ich schloß mich der Indikation auf Grund des elenden Ernährungszustandes der Pat., der sich beim Bestehenbleiben der Gravidität ohne Zweifel noch verschlimmert hätte, an.

Befund bei der Aufnahme am 29. März 1906.

Blasse, schlecht genährte, anämische Frau mit melancholischem Gesichtsausdrucke. Temperatur 37,5°. Lungen, Herz, Abdomen ohne Besonderheiten. Urin ohne Eiweiß und Zucker. Von seiten des Nervensystems, abgesehen von gesteigerten Patellarreflexen, nichts Besonderes.

Die Beuge- und Streckseite des rechten Vorderarmes und der obere Quadrant der rechten Mamma sind mit tauben- bis hühnereigroßen Blasen mit klarem, weinfarbigem, flüssigen Inhalte bedeckt, deren umgebende Haut stellenweise unverändert blaß, an anderen Stellen entzündlich gerötet und heiß ist.

Neben den Blasen deuten ein- bis über fünfmarkstückgroße, rötlich-bläuliche Hautstellen den Sitz abgeheilter früherer Blasen an.

An einzelnen Stellen liegt das von der Blasenhülle entblößte, rosa gefärbte Corium in entsprechender Größe frei.

Bei der inneren Untersuchung fühlt man einen dem 3. Graviditätsmonat entsprechend vergrößerten, weichen Uterus in normaler Anteflexion. Portio geschlossen, livid verfärbt, linke Tube ein wenig verdickt und auf Druck empfindlich, sonst Adnexe ohne Besonderheiten. Es besteht mäßiger Vaginalfluor.

Die Blasen werden geöffnet, mit Puder bestreut und mit aseptischem Verbande bedeckt.

Am 30. März (Tag nach der Aufnahme) wurde im Ätherrausche, da die Pat. sonst keinen Eingriff zuließ, nach geringer Dilatation der geschlossenen Cervix ein dicker Laminariastift in die Cervix gelegt. Tamponade der Scheide.

31. März: Entfernung des gequollenen Stiftes; Cervix knapp für den kleinen Finger durchgängig. Einlegung mehrerer Stifte, zwischen welche zwecks deren späterer leichterer Entfernung in gequollenem Zustand eine Lister'sche Sonde geschoben wurde. Tamponade der Scheide.

Am 1. April war die Cervix für den Zeigefinger durchgängig. Ich weitete noch etwas mit Hegar'schen Dilatatoren, eröffnete die Fruchtblase, drückte die Frucht durch Umfassen des Uterus von außen heraus, räumte die an der Vorderseite des Fundus uteri sitzende Placenta mit dem Finger aus und schabte den Uterus mit dem Orthmann'schen Löffel nachträglich ab. Ausspülung des Uterus mit heißer, steriler Kochsalzlösung und bimanuelle Massage des Uterus. Eine Ergotinspritze. Der Uterus kontrahierte sich sehr gut. Der Blutverlust bei der nur einige Minuten dauernden Ausräumung war außerordentlich minimal. In die Scheide wurde ein lockerer Jodoformgazedocht gelegt, der tags darauf entfernt wurde.

Das Wochenbett verlief ohne Störung, fieberfrei. Die Temperaturen waren dauernd unter 37°.

Bereits 2 Tage nach der Operation wurde ein Abheilen der Pemphigusblasen

bemerkt, an deren Stellen nach weiteren 4 Tagen nur noch rote, mit zarter Epidermis bedeckte Hautflecken zu bemerken waren. Das Allgemeinbefinden hob sich sichtlich, so daß Pat. am 11. April 1906 geheilt entlassen werden konnte.

Gestern stellte sich mir die Pat. wieder vor und gab an, daß keine Blasen und keine Blutungen seit der Operation aufgetreten seien. Die bei der Entlassung aus dem Krankenhause rötlich-bläulich verfärbten Hautpartien am rechten Arm und auf der rechten Brust hatten eine bräunlich pigmentierte Farbe angenommen.

Es dürfte in diesem Falle wohl zweifellos sein, daß die Pemphiguseruptionen durch die Gravidität bedingt waren, daß es sich also um einen Pemphigus vulgaris benignus hystericus handelte, der nach Entfernung des Eies prompt verschwand.

Was nun die gleichzeitig mit den drei Graviditäten einhergehende Hämophilie anbetrifft, so habe ich kein dafür sprechendes Symptom beobachtet und bin auf die Angaben des behandelnden Arztes angewiesen, der die Pat. an schweren Magenblutungen während dreier Graviditäten behandelt hat.

Auf Grund des geringen Blutverlustes bei der Ausräumung des Uterus jedoch möchte ich der Möglichkeit Raum geben, daß es sich bei der Pat. um ein Ulcus ventriculi gehandelt haben kann, eine Annahme, die durch die früher durchgemachte Bleichsucht und durch den infolge des Pemphigus bedingten schlechten Ernährungszustand bedingt wird. Auffallend bleibt allerdings die Tatsache, daß das zweite und dritte Kind an Magenblutungen gestorben sind, und legt die Frage nahe, ob die Kinder von der Mutter eine Blutkrankheit geerbt hatten.

Wenn wir uns der Annahme Leredde's (Annales de Dermatologie) anschließen, welcher die Grundursache mancher Dermatosen, so auch des Pemphigus, im Blute sucht, und diese Annahme gegenüber der nervösen und parasitären pathogenetischen Theorie durch zahlreiche mikroskopische Untersuchungen der verschiedenen Blutkörperchen in Hinsicht auf Formen und Zahlenverhältnisse stützt, so drängt sich uns die Frage auf, ob im vorliegenden Falle nicht vielleicht ein Zusammenhang des Pemphigus mit den Magenblutungen besteht, ob beide Erkrankungen nicht der Ausdruck einer krankhaften Beschaffenheit des Blutes sind, welch letztere durch Eintritt der Schwangerschaft ausgelöst oder, falls sie vorher bereits bestand, erhöht wird. Leider mangelt es mir wegen Unterlassung einer genauen Blutuntersuchung an etwaigen Argumenten, welche zur Beantwortung dieser Frage beitragen könnten.

Bei Durchsicht der mir zur Verfügung stehenden Literatur von 1886—1905 nach ähnlichen Fällen der Koinzidenz von Gravidität mit Pemphigus fand ich, daß Hebra bei einigen Frauen den Pemphigus regelmäßig bei jeder Konzeption hat auftreten und mit dem Ende der Schwangerschaft verschwinden sehen. In einem Falle beobachtete Köbner das Auftreten von Pemphigus zweimal kurz nach der Entbindung.

Herr Rose fragt, ob man wegen der ausgesprochenen Halbseitigkeit dieses Bild auch als Pemphigus bezeichnen dürfe.

Herr Grauert: Bestimmte Nervenbahnen waren nicht vorzugsweise befallen, die Blasen traten ganz unregelmäßig auf, allerdings typisch halbseitig.

Herr Rose möchte den Fall als eine bullöse Erkrankung der Haut auf trophoneurotischer Basis bezeichnen, vielleicht auf Grund einer Hysterie.

Herr Lomer erinnert an einen von ihm schon früher hier besprochenen Fall. Eine Lehrersfrau hatte in der Geburt angeblich zwei Eklampsieanfälle, die sich nachher als hysterische herausstellten, lag darauf 1½ Jahre gelähmt im Bett und hatte am Körper überall große Plaques, die mit scheußlichen, fast daumendicken, von Rillen durchfurchten Borken bedeckt waren. Dr. Arning erklärte diese Stellen für rupiaähnliche, auf hysterischer Basis entstandene Artefakte. Man sagte der Kranken, das Auftreten neuer Stellen interessiere die Ärzte gar nicht weiter; von dem Moment an entstanden keine neuen mehr, die vorhandenen heilten rasch. Auch die Lähmung war von dem Tag an verschwunden, als die Kranke von einem Gewitter im Garten überrascht wurde und plötzlich laufen konnte; sie ist seitdem gesund und hat noch zweimal geboren.

Herr Roesing möchte den Lomer'schen Fall nicht als einen rein hysterischen bezeichnen, eine Hysterische wird seiner Ansicht nach nicht durch ein Naturereignis geheilt, hierzu muß immer eine persönliche Suggestibilität kommen. R. stimmt, entgegen Rose, Grauert zu in der Bezeichnung seines Falles als auf nervöser Basis entstandenen Pemphigus.

Herr Ratjen: Eine Dame lag 2 Jahre mit hysterischer Lähmung im Bette, da sieht sie ihr Kind auf die Brüstung eines offenen Fensters klettern, springt auf, um es zu retten, und ist geheilt. Hysterie ist Verlust des Willens. Parallelfall zum Lomer'schen, den R. für einen typischen hält.

Herr Lomer: Zur Hysterie rechnen wir alles, was sich durch Suggestion beeinflussen läßt.

Herr Grauert: Schlußwort.

Neueste Literatur.

3) Archiv für Gynäkologie Bd. LXXVII Hft. 2.

1) Seitz (München). Die Follikelatresie während der Schwangerschaft, insbesondere die Hypertrophie und Hyperplasie der Theca interna-Zellen (Theca-Luteinzellen) und ihre Beziehungen zur Corpus luteum-Bildung.

Daß bei verschiedenen Tieren die atretischen Follikel nicht vollständig zugrunde gehen, sondern der durch Verschwinden des Ovulums und des Follikelepithels entstehende Defekt durch hypertrophische Zellen der Theca interna gedeckt wird, ist durch die Untersuchungen von Bonin, Simon, Rabe, F. Cohn u. a. bekannt. Es entsteht ein Gewebe, das als interstitielle Eierstocksdrüse bezeichnet und dem von Simon eine innere Sekretion zugeschrieben wird. Beim Menschen vergrößern sich wohl die Theca interna-Zellen während des Wachstums des Follikels und nehmen fettartige Einschlüsse auf, doch entstehen bei der Atresie im nicht schwangeren Zustande keine besonderen Veränderungen. Während der Schwangerschaft stellen sich nun nach des Verf.s hier vorliegenden eingehenden Untersuchungen regelmäßig in ausgesprochenem Maße besondere Erscheinungen ein, die schon Wallert an einem allerdings nicht ganz einwandfreien Materiale beobachtet hat, und neuerdings auch Pinto, während L. Fränkel das Vorkommen der interstitiellen Drüse an den Ovarien gravider Frauen vollständig in Abrede stellt. Das vom Verf. untersuchte Material umfaßt 37 Ovarien schwangerer und puerperaler Frauen, von denen 18 lebenswarm bei der Operation oder aus der frischen Leiche gewonnen wurden. Vier Tafeln mit 35 Bildern erklären den Text. Die Resultate sind folgende:

In der Schwangerschaft findet wohl noch Follikelwachstum, aber keine Follikelreifung mehr statt, vielmehr verfallen nach und nach sämtliche Follikel der Atresie. Schon während der Auflösung von Follikelepithel und Ovulum beginnt eine Wucherung der Theca interna-Zellen. Sie vergrößern sich, nehmen polygonale Form an, der vergrößerte Zelleib zeigt wabige Struktur des Plasmas, in dem fett- und luteinhaltige Einschlüsse auftreten; der Kern zeigt feine Verteilung des Chromatins, das Plasma nimmt gelbe Farbe an resp. färbt sich in Eosin lila. Die Ähnlichkeit mit den Zellen des Corpus luteum ist frappant, nur daß ihre Größe nicht erreicht wird. Als Endprodukt resultiert bei mittleren und größeren Follikeln die cystische Form der Atresie, bei der die Resorption des Liquor folliculi unterbleibt, bei kleineren die obliterierende Form, welche oft abgeplattet ist. Bei letzterer erstreckt sich die Wucherung an den spitzen Enden oft weit ins Stroma hinein und über die Theca externa hinaus (abgesprengte Theca-Luteinzellen). Proportional der Schwangerschaft entwickelt sich die Theca interna mehr und mehr, ihre Wucherung erreicht ihr Maximum kurz vor der Geburt und bildet sich im Wochenbette schnell zurück, wobei der größte Teil der luteinhaltigen Zellen hyalin zugrunde geht. Über die chemische Natur der luteinhaltigen Zelleinschlüsse läßt sich nichts Bestimmtes

sagen. Verf. ist nicht der Ansicht, daß es sich um ein Produkt der inneren Sekretion handelt, sondern um eine durch erhöhten Blutafflux und Einwirkung spezifischer Schwangerschaftsreize (Tätigkeit des Zottenepithels) sekundär bewirkte Hypertrophie und Hyperplasie der Theca interna.

In einem zweiten Arbeitsteile referiert und kritisiert Verf. die Arbeiten über Luteinzellenwucherung bei Blasenmole und Chorionepitheliom, berichtet über einen eigenen Fall von sog. »Degeneratio polycystica ovariorum luteinalis« bei Blasenmole, und kommt folgerichtig gemäß seinen Befunden in der normalen Schwangerschaft zu dem Schluß, daß die viel besprochenen Ovarialtumoren (Pick, Jaffé, L. Fränkel usw.) nicht das Primäre sind; er kommt umgekehrt zu der Ansicht, daß die Blasenmole und das Chorionepitheliom, die sich aus noch unbekannten Ursachen entwickeln, zur Cystenbildung und zur ödematösen Durchtränkung des Ovarialstromas führen, einmal durch Zirkulationsstörungen mechanischer Natur (Inkarzeration) und ferner durch chemische Stoffe, die wahrscheinlich mit der chorioepithelialen Wucherung der Zotten zusammenhängen. Unwesentlich ist die Größe der Cysten, die passend als Follikel-Luteincysten zu bezeichnen sind. Die cystische Degeneration atresierender Follikel konnte in allen Stadien der Schwangerschaft festgestellt werden, desgleichen die Bildung der Luteinzellen. Die bekannte, bei Blasenmole häufig beobachtete Luteinzellversprengung ist teilweise nur eine scheinbare und betrifft die Ausläufer der Theca-Luteinzellwucherung bei plattgedrückten atretischen Follikeln; teilweise hat Verf. die Beobachtung gemacht, daß durch Metaplasie aus den Stromazellen in der Gravidität Stroma-Luteinzellen hervorgehen können. Die aus einem Corpus luteum hervorgehenden Cysten haben mit den geschilderten Follikel-Luteincysten nichts zu tun. Verf. hält es nicht für ein zufälliges Zusammentreffen, daß der Gravidität, der Blasenmole und dem Chorionepitheliom die Anwesenheit fötaler Elemente gemeinschaftlich ist. Wir können annehmen, daß die entarteten Zotten einen besonders ergiebigen Reiz auf die Entwicklung der Theca-Luteinzellen ausüben, während es nach Pick u. a. unerklärlich wäre, daß die Luteinzellenwucherung bei normaler Schwangerschaft bis an ihr Ende zunimmt und trotzdem eine blasige Entartung des Eies ausbleibt.

Bezüglich der Genese des Corpus luteum, zu der Verf. im dritten Teile seiner Arbeit Bemerkungen macht, soll hier nur kurz erwähnt werden, daß er mit Sobotta u. a. annimmt, daß die Corpus luteum-Zellen im wesentlichen epithelialer Abkunft sind. Doch hat er den Eindruck (Rabe), als ob die Grenzen zwischen den Granulosazellen und den Thecazellen keine scharfen sind, so daß eine Teilnahme der letzteren an der Luteinzellbildung nicht ausgeschlossen erscheint. Des ferneren erscheint die Beobachtung des Verf.s erwähnenswert, daß die regressiven Veränderungen an den Corpus luteum-Zellen in der Schwangerschaft früher einsetzen als im allgemeinen angenommen wurde. Wenn auch vielfach schwankend, beginnt in vielen Fällen die regressive Metamorphose bereits Ende des 2. Monates. Ein Einfluß des Corpus luteum auf das wachsende Ei könnte sich daher nur in den ersten 2 Monaten geltend machen. Zuletzt sei noch erwähnt, daß nach des Verf.s Messungen an Ovarien eine beträchtliche Größenzunahme in der Schwangerschaft statthat, die auf eine größere Blutzufuhr und auf die geschilderten Veränderungen und Hyperplasien zurückgeführt werden muß.

2) Mathes. Über Enteroptose, nebst Bemerkungen über die Druckverhältnisse im Abdomen.

Neben genauem Studium der einschlägigen Literatur, die eingehende Berücksichtigung findet, haben Verf. 4jährige Beobachtungen an der Grazer Frauenklinik und eigene Versuche zu den Ansichten geführt, die in der vorliegenden Arbeit niedergelegt sind. Insbesondere sind die Wanderniere und die Retroflexio uteri nach dem Vorgange von Glénard, Landau, Theilhaber u. v. a. von dem höheren Gesichtspunkte der Enteroptose aus betrachtet und die nötigen Schlüsse in therapeutischer Hinsicht gezogen. Bei der Darstellung der mechanischen Druckverhältnisse in der Bauchhöhle, deren Kenntnis für das richtige Verständnis des ganzen Krankheitsbildes unumgänglich notwendig ist, lehnt sich Verf. an Keling an. Eigene Versuche (Atmungsversuche) und gemeinsame Arbeit mit dem Physiker

Prof. Benndorf klärten mannigfache Widersprüche der Autoren über die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle. Ohne fachmännische Hilfe ist es gewagt, an die Lösung des komplizierten Problems zu gehen, wie die Arbeit von Hörmann beweist, die Verf. erst nach Drucklegung der eigenen kennen gelernt hat und in einem Nachtrage kritisiert. Im Gegensatze zu Hörmann glaubt Verf., daß die hydrostatischen Gesetze für den Bauchinhalt volle Geltung haben.

Grundlegend für das Verständnis der Enteroptose ist der Einfluß, den M. dem Inhalte der Brusthöhle, dem Bau des Rippenkorbes auf die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle einräumt. In der ersteren herrscht auch bei ruhendem Zwerchfell ein Unterdruck, der gleich ist dem atmosphärischen minus dem elastischen Lungenzuge, wodurch das Zwerchfell nach oben aspiriert wird. Doch wirkt ihm beim Stehen ausgleichend entgegen das ausgleichende Gewicht der Eingeweidesäule, die durch den äußeren Luftdruck und die Bauchdecken dem Zwerchfell angepreßt erhalten werden. Je stärker der Lungenzug ist, eine desto geringere Quote des hydrostatischen Druckes der Eingeweide haben die Bauchdecken, das Becken und der Beckenboden zu tragen. Für die Entstehung der Eingeweidesenkung muß demnach die Entwicklung und der Bau des Brustkorbes von großer Bedeutung sein. Erst in zweiter Linie kommt die Elastizität der Bauchdecken resp. des Beckenbodens in Betracht. Die Ansichten des Verf.s über die Ätiologie und Pathogenese des Leidens ruhen auf sicherer physikalischer Grundlage. Seine klinischen Beobachtungen zeigen, daß wohl wenige Autoren sich beim Studium der Enteroptose so sehr wie er mit der Betrachtung der äußeren Körperformen und ihren Beziehungen zu dem Leiden beschäftigt haben. Es würde jedoch hier zu weit führen, auf den Inhalt der einzelnen Kapitel näher einzugehen. Es folgen noch die wichtigsten Sätze aus der am Schluß gegebenen Zusammenfassung:

Die Enteroptose ist eine konstitutionelle und erbliche Anomalie im Gesamtorganismus. Sie hat ihren Namen von der sinnfälligsten Veränderung, nämlich der Senkung der Abdominalorgane. Diese Anomalie besteht in einer Erschlaffung und in einem Mangel an vitaler Energie in allen Körpergeweben.

Die Veränderung des Situs der Bauchorgane ist hervorgerufen durch eine Insuffizienz des oft primär hypoplastischen, herabgesunkenen Thorax und erst in zweiter Linie durch die Erschlaffung der Bauchdecken. In dieser veränderten Lage werden die Unterleibsorgane dann teils von ihren Ligamenten, teils von den Bauchdecken getragen.

Der gesamte Körperbau und das Gesicht lassen diese Anomalie leicht erkennen. Die Wirbelsäule ist nach vorn gekrümmt, die Lendenlordose entweder nur schwach oder gar nicht angedeutet, so daß Längsachse des Thorax und des Abdomens einen nach vorn offenen stumpfen Winkel bilden. Das Becken ist nur schwach geneigt, das Gesicht trägt einen juvenilen Charakter, der Habitus enteroptoticus ist identisch mit dem sog. Habitus phthisicus.

Die klinische Bedeutung dieser Anomalie wird davon beeinflußt, in welchem Grade das Nervensystem an der Veränderung des Gesamtorganismus beteiligt ist. Um die latente Disposition zu einer deutlichen Krankheit zu machen, bedarf es einer Gelegenheitsursache, wie Schwangerschaft, erschöpfende Krankheit usw.

Der Symptomenkomplex der Retroflexio uteri ist identisch mit dem der Wanderniere und der Enteroptose. Von bestimmten pathologischen Veränderungen im Genitalapparate haben hauptsächlich nur die Frauen Beschwerden, die an Enteroptose leiden. Daher ist die lokale Behandlung gynäkologischer Erkrankungen nur in solchen Fällen anzuwenden, in denen durch sie kausalen Indikationen genügt wird.

3) C. J. Bucura. Geburtshilfliche Statistik der Klinik Chrobak.

Fortsetzung des vor 2 Jahren in diesem Archiv erschienenen Berichtes über die Resultate der geburtshilflichen Klinik Chrobak.

Vor allem sind die Jahre 1903 und 1904 berücksichtigt, die jedoch in Desinfektion und ganzem Verhaltungsmodus keine großen Veränderungen gegen früher aufweisen, abgesehen davon, daß die manuelle Ausräumung der retinierten Placenta nur mit durch Gummihandschuh geschützter Hand vorgenommen wurde und

abgesehen von der Anwendung des Paltauf'schen Antistreptokokkenserums. Das Jahr 1903 weist bei 3322 Wöchnerinnen 10,2% febrile Wochenbetten und 0,21% Mortalität auf, das Jahr 1904 entsprechend die Zahlen 3460 — 10,5% — 0,17%. Aus beiden Jahren ergaben die der Anstalt zur Last zu legenden Fälle eine Morbidität von 9,2%, eine Mortalität von 0,109%. Um große Zahlen zu gewinnen, nimmt Verf. die Fälle aus den drei vorhergehenden Jahren hinzu. So zeigt sich, daß bei 8608 Fällen, wo die Reinigung nicht mehr durch Vollbad, sondern durch Waschung unter fließendem Wasser in einem flachen Becken erfolgte, die Morbidität nur 9,5% betrug, (Mortalität 0,2%). Zum Kapitel der Autoinfektion ist zu melden, daß bei 1120 Fällen aus den Jahren 1903 und 1904, die nicht untersucht wurden und bei denen sub partu kein operativer Eingriff erfolgte, die Morbidität 5,3%, die Mortalität 0,08% betrug. Hierher gehört ein Todesfall, der allerdings eine nässende Papel am äußeren Genitale aufwies und bei dem die stürmischen Erscheinungen erst einsetzten, nachdem am 10. Tage post partum infizierte Placentarreste entfernt waren. Nimmt man nicht untersuchte Fälle der früheren Jahre hinzu, so erhält man bei 2156 derartigen Fällen eine Morbidität von 7,1%, eine Mortalität von 0,04%. Aus 5 Jahren gewinnt Verf. bezüglich der Mortalität folgende Zahlen: bei 16980 Geburten absolute Mortalität 0,7%, absolute geburtshilfliche Mortalität 0,6%, puerperale Mortalität 0,22%. Sichtet man die letztere nach den der Anstalt zur Last zu legenden Fällen, so resultiert die Mortalität von 0,13%. Die Resultate des Serums nach der Statistik zu beurteilen, ist schwer möglich. Immerhin ist folgende Berechnung interessant. Vergleicht man die Todesfälle der Fieberfälle aus der Zeit vor Anwendung des Serums mit den späteren, so erhält man folgende Zahlen: (1900 + 1901) 815 Fieberfälle mit einer Mortalität von 3,31%, (1903 + 1904) 702 Fieberfälle mit einer Mortalität von 1,85%. Desgleichen entsprechend die schweren Fieberfälle Mortalität 12% — 5,28%. Verf. betont nur diese Zahlen, ohne weitere Schlüsse daraus ziehen zu wollen. **Courant** (Breslau).

Verschiedenes.

4) A. Kuttner (Berlin). Ist die Kehlkopftuberkulose als Indikation für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen?

(Verhandl. d. deutschen Laryngologischen Gesellschaft. 1905.)

Die Larynxtuberkulose tritt nicht allzu häufig während der Schwangerschaft auf, umgekehrt ist der Eintritt von Schwangerschaft bei bestehender Larynxtuberkulose relativ selten. Die diffuse Form dieser Erkrankung gibt eine ungemein schlechte Prognose für Mutter und Kind. Verf. berechnet bei seinem Materiale die Sterblichkeit der Mütter auf 93%, die der Kinder auf 60%. Günstiger ist die Prognose bei der mehr zirkumskripten, tumorartigen Form. — Bei der Entbindung muß man stets auf die Tracheotomie gefaßt sein, ja es empfiehlt sich eventuell deren Ausführung schon früher, in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. — Die Einleitung des Abortes gibt nach den bisherigen Erfahrungen in geeigneten Fällen eine leidlich günstige Prognose, dagegen sind die Resultate der künstlichen Frühgeburt sehr schlecht. **Michel** (Koblenz).

5) H. I. Wiel (Baltimore). Ein Überblick über die Ovariotomien in extremen Lebensaltern. Eine Ovariotomie bei einem 5jährigen Kinde.

(Bull. of Johns Hopkins Hospital 1905. Nr. 168.)

Verf. hat alle Ovariotomien zusammengestellt, die bei Personen unter 10 Jahren und über 70 Jahre ausgeführt wurden. Das jüngste operierte Kind war 3 Monate alt (Ohiene, Edinb. Journ. June 1884). Die älteste Frau war 94 Jahre alt und wurde geheilt (Thornton, Transact. obst. soc. London XXXVII, 152). Der interessanteste Fall war der von Owen operierte: im Alter von 79 Jahren Parovarialcyste; dieselbe Frau im Alter von 86 Jahren wegen Ovarialcyste derselben Seite. Heilung (Lancet 1895 I. 542).

Verf. stellte 130 Fälle zusammen von Frauen, die im Alter von über 70 Jahren operiert wurden mit einer Mortalität von 12,3 % und 3,07 % unbekannten Resultaten; 60 Fälle von operierten Kindern im Alter unter 10 Jahren mit einer Mortalität von 22,4 % und 8,3 % unbekannten Resultaten.

Die einzelnen Tumoren fanden sich bei den Frauen über 70 Jahre alt in folgenden Prozentsätzen: Dermoid 1,5 %, Multilokuläre Cysten 50 %, Sarkom 0,7 %, Unilokuläre Cysten 18 %, Papillom 0,9 %, Karzinom 3 %, Fibrom 3 %, Parovarialcyste 3 %, Tuberkulose 0,7 %, Nicht klassifiziert 16,5 %.

Bei den Kindern von 5 Jahren und darunter (24 Fälle): Dermoid 29,1 %, Multilokuläre Cysten 8,3 %, Sarcoma 29,1 %, Unilokuläre Cysten 24,9 % Papillom 4,1 %, Teratom 4,1 %; die Mortalität betrug in den betreffenden Fällen 65,1 %; 50 %; 42,8 % 16,6 %; 0 %; 0 %.

Bei den Kindern von 5—10 Jahren (36 Fälle) Dermoid 42,7 %, Sarkom 24,4 % Cysten 16,3 %; Multilokuläre Cysten 15,2 %; Carzinoma 8,2 %; Papillom 6,1 %; die Mortalität betrug in den betreffenden Fällen: 7,8 %; 25 %; 33,3 %; 0 %; 33,3 %; 50 %.

Der vom Verf. beobachtete Fall war folgender: 5jähriges Mädchen; außer Fall aus der 2ten Etage im Alter von 1½ Jahren Anamnese ohne Belang, seitdem aber angeblich häufige Klagen über Schmerzen im Leibe, seit 2 Monaten Anschwellung des Leibes, vor 3 Wochen weißer Ausfluß, jetzt seit 8 Tagen blutiger Ausfluß. Leib gleichmäßig aufgetrieben, man fühlt einen mehr oder weniger runden, scheinbar soliden, gut abgrenzbaren Tumor von der Größe einer großen Kokosnuß, ziemlich frei beweglich, oberer Rand etwas über Nabelhöhe. In Narkose kleiner anteflektierter Uterus konstatiert und von Kelly bezüglich des Tumors Diagnose auf multilokuläre Ovariencyste gestellt. Laparotomie (Kelly), linksseitige Salpingooophorektomie, rechtes Ovarium gesund. Keine Metastasen, Heilung und noch gesund nach 3 Monaten. Mikroskopische Untersuchung (Dr. Cullen): Adenokarzinom des linken Ovariums.

Verf. stellt folgende Schlußsätze auf: 1) in solchen Fällen besteht keinerlei Kontraindikation für eine Operation. 2) Die Prognose ist sowohl bei älteren als auch bei sehr alten Frauen sehr gut. Im Kindesalter ist sie nicht so günstig, aber immerhin gut. 3) Die malignen Ovarientumoren sind selten in dem hohen Lebensalter, aber häufiger im Kindesalter und bedingen dessen größere Mortalität. Die häufigsten Orarientumoren in den hohen Lebensaltern sind benigne Cysten, vor allem multilokuläre, welche verhältnismäßig selten im Kindesalter sind. Ovarialdermoide und Sarkome sind die häufigsten Tumoren im Kindesalter und die seltensten im hohen Lebensalter.

Eversmann (London).

6) J. A. Sampson (Baltimore). Die Bekämpfung von Blutungen nach Operationen im Becken durch Gazetamponade mittels eines Proktoskops und durch Gegentamponade von der Scheide aus.

(Bull. of the Johns Hopkins Hospital 1903. September.)

Verf. hat die Fälle im Auge, wo es nach Entfernung großer, allseitig adhärent gewesener entzündlicher Adnextumoren profus aus dem Geschwulstbett blutet und wo die bekannten Schwierigkeiten bestehen, durch Ligaturen der Blutung Herr zu werden. Verf. erlebte einige Fälle, wo die Blutung nach periodischer Tamponade stand, aber das plötzliche Emporschnellen des Pulses in den der Operation folgenden Tagen eine Nachblutung wahrscheinlich machte und er dann ohne erneute Narkose durch erneute Tamponade von oben und Gegentamponade von der Vagina her das Leben der Pat. rettete.

Verf. eröffnete in solchen Fällen den unteren Winkel der Laparotomienarbe und führte dann sein zu diesem Zwecke konstruiertes wohlsterilisiertes Proktoskop von ca. 18 cm Länge und 2,5 cm Lumen, zunächst mit Obturator armiert, in die Beckenhöhle ein. Nach Entfernung des Obturators kann man sich durch reflektiertes Licht von der Richtigkeit der gestellten Diagnose überzeugen und dann aufs sorgfältigste durch das Proktosop hindurch allseitig tamponieren ohne erneute Narkose, weil das Verfahren nach den Erfahrungen des Verf.s keine nennenswerten

Schmerzen bereitet. Um den Effekt zu vervollständigen, tamponiert Verf. dann noch die Vagina fest aus. Er legt dabei großen Wert darauf, durch die Tamponade die Cervix so hoch wie möglich in das Becken hinaufzudrängen, weil er bei abdominalen Operationen beobachtete, daß bei Blutungen aus dem Stumpfe diese allein durch Anziehen des Stumpfes in die Bauchhöhle standen. Ein Verbandkissen auf dem Perineum, das durch eine gemeinsame Bandage, ebenso wie ein Kissen auf dem Abdomen, festgehalten wird, vervollständigt die Behandlung.

Verf. empfiehlt die Tamponade durch Proktoskope überhaupt sehr. Er wendete sie auch mit gutem Erfolg an bei Nachblutungen aus dem Nierenbecken bei Verbandwechsel, wo er sich zunächst großlumiger offener Cystoskope bediente. Er betont vor allen Dingen die geringe Schmerzhaftigkeit eines solchen Verfahrens.

Eversmann (London).

7) **Rouffart.** Sarkomatöse Makromastie bei einem Mädchen von 14 Jahren.

(Journ. de chir. et Ann. de la soc. Belge de chir. 1905. Nr. 4.)

Elendes, noch nicht menstruiertes Mädchen. Genitalien normal. Seit einem Jahre schnelles Wachstum der Brüste bis zu einem Gewicht von 3—4 kg. Heftige Schmerzen in denselben. Eisen- und Schilddrüsenbehandlung erfolglos. In der letzten Zeit Bildung harter Knoten in den Brüsten; Drüsen in den Achselhöhlen. Amputation beider Mammae; Ausräumung der Achselhöhlen. Zwei Tage p. op. erste Menses. Mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab großzelliges Fibrosarkom.

Graefe (Halle a. S.).

8) **C. Lenormant** (Paris). Drei Fälle von Hysterektomie wegen Ovarialkystomen. Indikationen für die totale abdominale Kastration in der Bekandlung der Neubildungen der Adnexe.

(Ann. de gyn. et d'orbit. 1905. Janvier.)

Während die Abtragung des Uterus bei doppelseitiger Salpingitis ein von der Mehrzahl der Chirurgen als berechtigt und notwendig anerkanntes Verfahren darstellt, wird die Hysterektomie bei Neubildungen der Adnexe nur ausnahmsweise ausgeführt. Nach Mitteilung von drei Operationsgeschichten, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die abdominale Hysterektomie ist berechtigt:

a. bei allen Kystomen oder Tumoren der Adnexe, die sekundär den Uterus in Mitleidenschaft gezogen haben;

b. bei allen Ovarialkystomen, kombiniert mit Fibromyom des Uterus, ausgenommen den seltenen Fall, daß es sich um eine junge Frau handelt mit einseitigem Ovarialkystom und enukleierbarem Myom.

2) Die abdominale Hysterektomie ist notwendig:

a. bei Ovarialkystomen, die stark mit dem Uterus verwachsen sind;

b. bei allen Ovarialkystomen mit sehr breitem oder brüchigem und leicht blutendem Stiel;

c. bei Ovarialkystomen, deren Abtragung eine ausgedehnte, nicht zu deckende Wundfläche am Uterus hinterlassen würde;

d. bei intraligamentär entwickelten Ovarialkystomen, deren vollständige Entfernung ohne Mitnahme des Uterus unmöglich ist.

3) Die abdominale Hysterektomie kann aus prophylaktischen Gründen vorgenommen werden bei Pat., die in der Menopouse oder ihr nahe stehen, sobald es sich um Neubildungen der Adnexe handelt — auch wenn sie nur einseitig sind —, deren zur Malignität neigender Charakter außer Frage steht.

Die Hysterektomie ist in jedem Falle von malignem Adnextumor indiziert, sei derselbe ein- oder doppelseitig.

Frickhinger (München).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 31. Sonnabend, den 4. August. **1906.**

Inhalt.

I.

Über Lumbalpunktion bei Eklampsie.

Von
Dr. Emil Pollak in Wien.

In Nr. 23 dieses Zentralblattes publizierte Thies unter der obigen Überschrift die an der Zweifel'schen Klinik an 14 Fällen gesammelten Erfahrungen mit der von einer Reihe von Autoren — ich nenne namentlich Helme, Füth, Krönig, Sippel, Kamann, Szili, endlich Ballantyne — geübten und empfohlenen Punktion der Zerebrospinalflüssigkeit. Der Autor kommt hierbei auf Grund der der Zweifel'schen Schule eigenen sorgfältigen Beobachtung zu dem Resümee, daß ein praktischer Erfolg der Lumbalpunktion nur in einem Teile der Fälle zu konstatieren war. Obwohl das tiefe Koma, das sich ziemlich regelmäßig an das paroxysmale Stadium anschließt, anscheinend durch die Punktion abgekürzt schien, hatte die letztere doch auf die Zahl der Anfälle keinerlei konstanten Einfluß.

Diese empirisch gewonnene Schlußfolgerung steht im vollen Einklange zu der im Wintersemester 1904/5 im hiesigen neurologischen

Universitätsinstitut abgeschlossenen histologischen Untersuchung einer Serie von zehn Fällen des Zentralnervensystems von an puerperaler Eklampsie verstorbenen Wöchnerinnen. Die dem Gynäkologen auf etwas umständlichem Wege erreichbare und offenbar deshalb von Thies übersehene Arbeit — die diesbezügliche Publikation erschien im XIII. Bande der Obersteiner-Arbeiten — gibt mir Veranlassung, mich mit einer der Schlußfolgerungen des Autors näher zu befassen.

Gleich den obengenannten Autoren fand auch Thies den mit dem Quincke'schen Apparate gemessenen Druck im Subarachnoidealraume regelmäßig erhöht. In sieben Fällen schwankte derselbe zwischen 150—200 mm, in je einem Falle betrug er 210—390 mm, resp. 240—370 mm, einmal stand die Zerebrospinalflüssigkeit bei vollständigem Sistieren der Anfälle sogar unter einem Drucke von 600 mm, endlich schwankte in vier Fällen die Druckhöhe zwischen 250—300 mm. Diese schon von den früheren Autoren gemachte Beobachtung war seinerzeit für mich die Veranlassung, zu untersuchen, ob eine dieserart bedeutende und durch längere Zeit andauernde Drucksteigerung nicht etwa deletäre, ja irreparable Folgen für die so überaus empfindlichen Nervenzellen bedinge.

Um kurz zu rekapitulieren, fixierte ich hierbei die zur Untersuchung bestimmten Segmentplatten aus dem Cervical-, Dorsal-, Lumbal- und endlich dem Sakralmark für kurze Zeit in schwacher Formalinlösung, und färbte nach genügender Alkoholhärtung die Schnitte auf kaltem Wege mit polychromem Methylenblau, später ganz ausschließlich mit Thionin, welcher Farbstoff infolge Metachromasie des Zellplasma äußerst instruktive Bilder lieferte.

Diese Art der Untersuchung ließ nun verschiedengradige, doch in der Mehrzahl der Fälle schwere Veränderungen pathologischer Natur innerhalb des Zelleibes zutage treten. Von der eben erkennbaren Quellung des Zelleibes und der Pyknose des Kernes neben Abweichungen in der Größe und Zahl der Tigroidschollen — der Nissl'schen Körper — bis zu den höchsten Graden degenerativer Zellveränderungen, wie solche in den zur Ansicht gebrachten Bildern exquisiter Chromatolyse zum Ausdruck kommen, fanden sich alle erdenklichen Zwischenstufen. Die intensivsten Veränderungen ließ hierbei das Zellplasma, sowohl im Bereiche des Zelleibes als auch der Dendriten, erkennen, welche teils stark geschlängelt und korkzieherartig gewunden, teils vollkommen abgerissen, wiederum in anderen Fällen infolge Verlustes der chromatophilen Substanz ganz blaß, in ihren Konturen kaum angedeutet erschienen. Hand in Hand mit solchen zweifellos schweren Veränderungen ging, wie ich dies in den farbigen der zitierten Arbeit beigegebenen Abbildungen einzelner, besonders prägnanter Fälle zur Anschauung bringen konnte, die Konsumption der Plasmasubstanz, und führte zur Bildung mehr oder weniger großer und zahlreicher Vakuolen, für deren intravitale Entstehung die von mir geltend gemachten Kriterien Zeugnis geben mögen. Analoge, an den Nervenzellen von Tetanusleichen gefundene Vakuolenbildungen spricht auch

H. v. Halban als schwere Veränderungen an. Die im Vergleiche zum Plasma weit weniger deutlich in Erscheinung tretenden Veränderungen am Kern, so dessen Quellung, der Verlust der Kernmembran, die Schwellung des Nukleolus, sowie seine zuweilen stark ausgeprägte Chromophilie dürften hierin ihre Erklärung finden, daß bei dem raschen Verlaufe der in Rede stehenden Erkrankung der Exitus schon zu einer Zeit eingetreten war, in welcher zunächst die am meisten empfindlichen Teile der Zelle — die Tigroide — solcherart nachweisbare Schädigungen erlitten hatten.

Ein außerordentlich instruktiver Fall schwerster Chromatolyse einer motorischen Zelle aus der Höhe des 5. Cervicalsegmentes erscheint in meiner Arbeit als Textfigur abgebildet. Angesichts derartiger, an der Wurzel spinaler Nerven sich abspielenden Prozesse kann es wohl nicht wunderlich erscheinen, wenn Thies berichtet, daß beispielsweise im Falle XIV die zur künstlichen Anregung der progredient sich verflachenden Atmung in Anwendung gebrachte »Reizung des Phrenicus« ohne Erfolg blieb.

Noch viel wichtiger als die bisher angeführten Beobachtungen erscheint zur Illustration einzelner mit größerer Regelmäßigkeit wiederkehrender Momente aus der Leipziger Arbeit das Resultat meiner Untersuchungen der Kerne der motorischen Hirnnerven, speziell jener im zentralen Gebiete der Atmungsnerven. A priori ließen sich ja analog zu den Erkrankungen der motorischen Ganglienzellen des Rückenmarkes auch solche an den Kernen der für die mimische Muskulatur in Betracht kommenden Innervationszentren erwarten — in der Tat bot sich hier eine unerwartet reiche Ausbeute pathologischer Bilder. Die Kerne der Nn. oculomotorius, trochlearis, abducens, facialis, der motorischen Trigeminusradiation, und nicht in letzter Reihe des N. hypoglossus, ließen durchweg Veränderungen sämtlicher Zellen erkennen, die vermöge ihrer Intensität auf schwere Schädigungen schließen lassen, da Zellen von einwandfreiem Aussehen in nur spärlicher Zahl vorhanden waren. Periphere und zentrale Tigrolyse zeugten hier neben degenerativen Vorgängen am Kerne von der schweren Schädigung der Zellen.

Was mir jedoch die Berechtigung zu den vorliegenden Zeilen gibt, ist ein Absatz aus der Publikation von Thies, der durch das Ergebnis meiner Untersuchungen eine Aufklärung in allerdings von dem Autor abweichender Interpretierung findet. Thies nimmt Veranlassung, den Verlauf der Fälle VII, IX und XIV eingehender zu schildern, und da fällt nun allerdings das von dem normalen Typus abweichende Verhalten der letzten Lebensvorgänge auf. In sämtlichen dieser Fälle findet sich im Anschluß an die ausgeführte Punktion die Notiz, daß trotz einschlägiger Maßnahmen, bestehend in Darreichung von Sauerstoff, der bereits oben angeführten Reizung des Phrenicus, Einleitung der künstlichen Atmung, sowie endlich der subkutanen Einverleibung von Kampfer, die Atmung nach zunächst anfallsweise auftretender

Atemnot, allmählich aussetzend wird, ohne dabei Cheyne-Stokesschen Typus anzunehmen, und schließlich stille steht, ohne daß Lungenödem eingetreten wäre.

Thies bemerkt hierzu wörtlich: »Diese drei Fälle sind insofern bemerkenswert, als doch bei der Eklampsie der Exitus fast regelmäßig an Lungenödem einzutreten pflegt. Es sind dies Fälle, die, wenn der Exitus auch nicht direkt auf die Punktion zurückzuführen ist, da während der Punktion keine Störung des Pulses und der Atmung eintraten, doch kurz nachher zum Exitus kamen, oder bei denen sich nach der Punktion eine Verschlechterung des Befindens zeigte.«

Thies scheint trotzdem, wenn ich ihn richtig verstehe, geneigt, die im Gefolge der Punktion unleugbar aufgetretene Verschlechterung des Befindens in einen kausalen Nexus zu dieser bringen zu sollen. Es möge mir gestattet sein zu untersuchen, inwieweit diese Auffassung des Autors zutreffend ist.

Die Menge der entleerten Flüssigkeit im Falle XIV betrug 15 ccm, im Falle VII 25 ccm, endlich im Falle IX 90 ccm.

Da hierbei niemals unter die für den Subarachnoidealraum normale Druckhöhe von 100—120 mm herabgegangen wurde, und Krönig ausdrücklich die Möglichkeit der Entleerung relativ großer Mengen von Zerebrospinalflüssigkeit betont, kann in dem Moment der Lumbalpunktion selbst die Causa peccans für die Verschlechterung des Befindens wohl nicht ohne weiteres erblickt werden.

Wie wäre nun trotzdem das eigentümliche Verhalten und der schließliche Stillstand der Atmung zu erklären? Zweifel bemerkt in der bereits 1892 erschienenen dritten Auflage seines Lehrbuches der Geburtshilfe auf p. 521 wörtlich: »Da die Cyanose überall als Folge einer mangelhaften Respiration auftritt, muß es auffallen, wie wenig auf die Atmungsstörung aufmerksam gemacht wurde.« Und ferner einen Absatz höher: »In der Aktion des Gesichtes und der Atemmuskeln liegt oft ein Ringen nach Luft, das aber erfolglos bleibt, weil ein geheimer Bann die Koordination der Atembewegungen zu hemmen scheint.« Dieser geheime Bann ruht im beiderseitigen Vaguskerne! Der Nucleus ambiguus und der dorsale Kern des Vagus ließen stets doppelseitig schwer degenerative Veränderungen der einzelnen Nervenzellen erkennen. So fanden sich in der unmittelbaren Nähe von Zellen, bei welchen der Schwerpunkt der Veränderungen in verschieden weit gediehenen Graden der Karyolyse lag, der Zelleib hingegen relativ wenig verändert schien, wiederum solche, die eine Abnahme an Zahl und Größe der Tigroidschollen, ein Zusammenballen der noch spärlich erhaltenen aufwiesen, und wiederum andere, welche als Reste der zugrunde gegangenen chromophilen Substanz nur mehr ein bei starker Vergrößerung sichtbares, etwas dichteres Gefüge staubförmiger Körnchen erkennen ließen. Derart bedeutsame Veränderungen im Kern-

gefüge der Atmungsnerven müssen notwendigerweise tiefgreifende Störungen und den schließlichen Stillstand der Atmung bewirken.

Ich fasse also die in kurzer Zeitfolge nach der Punktion auftretende Abflachung der Respiration und den sich hieran anschließenden Atemstillstand nicht als eine, wenn auch mittelbare Folge der Punktion auf, sondern halte solche den meinigen Fällen jedenfalls analoge Veränderungen in den von Thies beschriebenen drei Fällen, für derart irreparable, daß selbst die durch die Entleerung der Zerebrospinalflüssigkeit bedingte Herabsetzung des Druckes die deletären Folgen nicht mehr zu bannen vermochte. Man muß in Anbetracht der histologischen Befunde die klassische Auffassung, welche die Respirationsstörung als eine Folge der Häufung der Anfälle und des hierdurch bewirkten komatösen Zustandes anspricht, fallen lassen und an ihre Stelle die aus den obigen Untersuchungen zwingenderweise sich ergebende Lehre setzen, wonach die anfallsweise auftretende Atemnot und der schließliche Stillstand der Atmung als eine Folge der Erkrankung des Vaguskernes anzusprechen sind. Da sich als nächste Folge dieser degenerativen Prozesse, die die Verflachung und das zeitweise Aussetzen der Atmung bedingen, eine CO_2-Überladung des Blutes einstellen muß, welche ihrerseits bald zum Erlöschen des Bewußtseins führt, können die Beobachtungen von Eklampsien ohne jeglichen Anfall, die sich fast ausschließlich durch die tiefe Cyanose, die mit Bewußtlosigkeit einhergeht, verraten, nicht mehr so sonderbar erscheinen.

Ob sich die geschilderten Veränderungen an den Nervenzellen durch die deletäre Wirkung des uns noch unbekannten Toxins oder möglicherweise als Folge von Ernährungsstörungen, bedingt durch den außerordentlich hohen Druck erklären lassen, wage ich nicht zu entscheiden. Zweifellos hat die erstere Auffassung vieles für sich — auch Liepmann sprach am Kieler Kongreß dem Eklampsiegift, ähnlich dem Tetanustoxin, eine gesteigerte Avidität zu den Hirnzellen zu —, andererseits darf die Druckwirkung keineswegs unterschätzt werden. Die exorbitante Steigerung des Blutdruckes erhellt schon zur Genüge aus dem Umstande, daß es mir trotz wiederholter und sorgfältiger Untersuchung der Gefäße an der Hirnbasis und in der Sylvischen Furche bei Behandlung mit Orcein und jener nach van Gieson nicht gelungen ist, Veränderungen an der elastischen Membran nachzuweisen und ich trotzdem bei Durchsicht der Sektionsprotokolle aus der hiesigen Prosektur unter 99 Fällen in 24,2% Extravasate von kapillarer Form bis zur Größe einer Kinderhandfläche verzeichnet fand.

Schließlich möchte ich der Vollständigkeit halber auf ein Moment hinweisen, das mir im Verlaufe meiner damaligen Untersuchungen auffiel, ohne daß ich bei der relativ geringen Zahl von zehn Fällen bindende Schlußfolgerungen zu ziehen mich berechtigt halten würde. Unter diesen zehn Fällen fand ich achtmal den Zentralkanal weit offen, das hohe Zylinderepithel deutlich erhalten, die Zellkerne an

einzelnen Schnitten auffallend vermehrt, durchweg Merkmale der Hydromyelie; eine Erscheinung, die um so auffallender erscheint, als erstens ein hoher Prozentsatz hiervon ältere Individuen betraf und zweitens der weit eröffnete Zentralkanal sich auch im Bereiche des Dorsalmarkes vorfand, obwohl infolge der ihm hier nur bedingt zu Gebote stehenden Raumverhältnisse eine Obliteration des Rückenmarkkanales schon in frühen Lebensjahren zu gewärtigen sein sollte. Eine auf eine möglichst große Untersuchungsreihe sich stützende Beobachtung müßte hier feststellen, ob wir es mit bloßem Zufall oder einer etwa zu der Erkrankung in gewissem Abhängigkeitsverhältnisse stehenden Erscheinung zu tun haben.

II.

Zur Alexander-Adams'schen Operation.

Von

Dr. Hermann Palm,

Frauenarzt in Berlin.

In Nr. 19 dieses Zentralblattes beschreibt H. W. Freund unter dem Titel: »Die Ventrosuspension der verkürzten Ligamenta rotunda als Retroflexionsoperation« ein neues operatives Verfahren zur Heilung der Retroflexio uteri. Da ich bisher keine Gelegenheit hatte, diesen Vorschlag, welcher in der von Wylie, Menge u. a. angegebenen Faltenbildung der runden Mutterbänder mit Aufnähung derselben auf den Uterus einerseits und darauffolgender Fixierung an die Bauchdecken im Olshausen'schen Sinn andererseits besteht, selbst praktisch auszuführen, enthalte ich mich jeder Äußerung über seine Brauchbarkeit. Ich möchte vielmehr mit diesen Zeilen auf die Kritik Freund's eingehen, die er in seiner oben bezeichneten Arbeit der Alexander-Adams'schen Operation zuteil werden läßt; sein Urteil über ihre Wertigkeit ist derart wenig günstig, daß man fast an das Nahen der letzten Stunde ihrer Existenzberechtigung denken könnte. Dem ist aber doch in der Tat wohl nicht so.

Im Gegensatze zu Freund, der annimmt, daß »die anfänglich sehr große Wertschätzung der Alexander-Adams'schen Operation abzunehmen beginnt«, glaube ich weder, daß die betreffende Operation sich gleich von vornherein einer sehr großen Wertschätzung zu erfreuen gehabt hat, noch daß man jetzt allenthalben zur Erkenntnis ihrer Unzulänglichkeit kommt. Wie allen neuen operativen Vorschlägen ist man sicherlich der Alexander-Adams'schen Operation geraume Zeit mit großem Mißtrauen begegnet, die sog. »Kinderkrankheiten« sind ihr wahrlich nicht erspart geblieben, langer Jahre hat es benötigt, bis die gegen dieselbe teils berechtigt, teils unberechtigt vorgebrachten Bedenken zerstreut wurden, und einer großen Zahl weitläufiger Statistiken und der wiederholten Empfehlung hervorragender Operateure hat es be-

durft, bis die Operation endlich allgemeine Anerkennung gefunden, und diese letztere, noch ziemlich junge Epoche ist wohl erfreulicherweise noch in Blüte. Wenigstens sah ich noch vor kurzem einen unserer namhaftesten Kliniker die Operation ausführen, und vernahm aus seinem Munde Worte uneingeschränkten Lobes über ihre Leistungsfähigkeit; weiterhin ist mir eine Reihe hiesiger Gynäkologen bekannt, für die bei mobiler Retroflexio im gebärfähigen Alter die Alexander-Adams'sche Operation zu ihrer vollsten Zufriedenheit das Verfahren der Wahl ist; und wie es hier ist, wird es sich auch in anderen Städten verhalten. Was meine eigenen Erfahrungen betrifft, so kann ich mich auch nur in demselben anerkennenden Sinne über die Brauchbarkeit der Operation äußern, und stütze mein Urteil sowohl auf die Erfahrungen an den operierten Fällen meiner eigenen Praxis, als auf die Beobachtungen, die ich an dem diesbezüglichen großen Material aus der Praxis des mir befreundeten Kollegen Rumpf anzustellen Gelegenhett hatte.

Rumpf ist bekanntlich einer der ersten gewesen, die in Deutschland der Alexander-Adams'schen Operation ihr Interesse zuwandten; sind inzwischen doch mehr als 13 Jahre verflossen, daß er dieselbe an der Lebenden zum erstenmal — im März 1893 — ausführte. Im August 1898 gab er in einem im Bd. LVII Hft. 2 des Archivs für Gynäkologie erschienenen Aufsatz: »Beiträge zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri mit besonderer Berücksichtigung der Alexander'schen Operation« seine während einer 5jährigen Beobachtungszeit bei 75 Operationen gemachten Erfahrungen bekannt; in überaus klarer Weise beschreibt er hier an der Hand instruktiver Zeichnungen die von ihm ausgebildete Methode, mit welcher er auf Grund sorgfältig angestellter Nachuntersuchungsergebnisse glänzende Resultate erzielte (auf 75 Fälle ein Rezidiv). Ich glaube, daß gerade diese ohne jedes Vorurteil verfaßte Arbeit nicht zum wenigsten dazu beigetragen hat, der Operation neue Anhänger zuzuführen, und die Zahl der Fachgenossen, die damals an Rumpf mit dem Wunsche herantraten, die Operation in seiner Klinik zu sehen, und die ihren Wunsch erfüllt sahen, war eine sehr große; auch heute noch dürfte für jeden, der sich über irgendeinen Punkt in der technischen Ausführung orientieren will, ein Nachlesen der Rumpf'schen Arbeit sich der Mühe verlohnen. Denn Rumpf hat es im Laufe der Jahre bis auf den heutigen Tag nicht für nötig und ersprießlich befunden, an diesem damals bekannt gegebenen Verfahren irgendeine Modifikation vorzunehmen; seit dem Jahre 1895 wird dasselbe dauernd angewandt: Beweis genug, daß die auf dasselbe gesetzten Erwartungen nach jeder Hinsicht, sowohl betreffs des primären Erfolges, als mit Rücksicht auf den Verlauf späterer Geburten, als insbesondere bezüglich des Dauerresultates, nicht trügerische gewesen sind. Die Zahl seiner Operierten ist inzwischen auf 142 gestiegen, von denen ich ihm während der letzten $3^1/_2$ Jahre bei 32 assistierte. Während dieses Zeitraumes hatte ich auch bei wiederholten Vertretungen des öfteren selber Gelegenheit,

mich von den ausgezeichneten Endresultaten, die einer genauen Kontrolle unterstanden, zu überzeugen; wobei zu berücksichtigen ist, daß bei diesen Fällen die Operation oft 4, 6, 8 und mehr Jahre zurücklag und inzwischen wiederholte Geburten erfolgt waren.

Ähnlich günstige Resultate sind von vielen anderen Autoren, deren namentlicher Aufzählung es wohl hier nicht bedarf, beschrieben worden; Tatsache ist aber, daß derartige, die Alexander-Adams'sche Operation empfehlenden Publikationen in den letzten Jahren seltener geworden sind, wofür jedoch meines Erachtens nicht die Unzulänglichkeit der Methode, sondern der Umstand als ursächliches Moment in Betracht kommt, daß das Verfahren nach hartem Ringen jetzt allgemein in Aufnahme gekommen ist und deshalb weiterer schriftlicher Empfehlung entraten kann. Wenn im Gegensatz hierzu Berichte mit ungünstigen Endresultaten (40—50% Rezidive) in den Zeitschriften erschienen, so sollen dieselben, die allerdings einiges Erstaunen erregen müssen, keineswegs von mir hier übergangen werden. Eine Berücksichtigung derselben dient sogar viel mehr der Sache der Alexander-Adams'schen Operation; denn nach meiner festen Überzeugung fallen diese schlechten Endresultate nicht der Operation selbst, sondern dem Vorgehen bei Ausführung derselben, kurz gesagt dem Operateur zur Last, und ich glaube daher auch, daß durch Beseitigung der Fehler die Zahl der Mißerfolge sich beträchtlich wird herabmindern lassen.

In erster Linie möchte ich technische Verstöße bei Ausführung der Operation beschuldigen. Da es nicht in meiner Absicht liegt, hier alle technischen Details durchzugehen, beschränke ich mich auf die Hervorhebung einzelner mir wichtig erscheinender Punkte, die übrigens auch in der zitierten Arbeit Rumpf's genügend gewürdigt worden sind:

Ich halte es für ratsam, daß nach Durchtrennung der Haut, des Fettes und der oberflächlichen Fascie mittels Bogenschnittes die Aponeurose des M. obl. ext. durch Vordringen mit dem Messer zunächst möglichst lateralwärts bloßgelegt und dann erst, und zwar durch stumpfen Zug gegen die Symphyse zu, mittels des mit einem Tupfer umwickelten Zeigefingers der Leistenring freigelegt wird. Durch dieses Vorgehen wird man auch bei den technisch weniger einfach liegenden Fällen (starkes Fettpolster, blutreiches Gewebe, enger Leistenring, Spaltbildung in der Aponeurose) alle den Operationsverlauf störenden und daher auch das Endresultat in Frage stellenden unangenehmen Vorkommnisse vermeiden; bei allen während meiner hiesigen selbständigen Tätigkeit sowohl von mir selbst als im Verein mit Rumpf ausgeführten Operationen gelang die Auffindung und Isolierung des Bandes beiderseits stets leicht und ohne jegliche Verletzung des Leistenringes und der aus ihm heraustretenden Gebilde.

Weiterhin erachte ich es für wichtig, daß gemäß der Rumpfschen Angabe die Bänder in der Richtung ihres natürlichen Verlaufes möglichst medianwärts angezogen werden, und daß darauf genau nach dem Bassini'schen Verfahren bei der Operation des Leisten-

bruches die Schließung des Leistenkanales erfolgt, wobei das Band auf seinem Verlaufe durch den Kanal — also auf eine ziemlich beträchtliche Strecke seiner Länge hin — mittels mehrerer Knopfnähte und zum Schluß noch auf dem Tub. pub. fixiert wird; der übrigbleibende Rest des Ligaments wird sodann abgeschnitten. Durch dieses Verfahren wird gewährleistet, daß der Uterus in deutlich ausgesprochener Anteflexionsstellung nach vorn gelagert und durch die in der Nähe der Symphyse angebrachte gründliche Fixierung der Bänder dauernd in dieser Stellung gehalten wird; ein Ausweichen des Uteruskörpers nach rückwärts ist unter diesen Umständen nicht möglich, zumal der intraabdominelle Druck senkrecht auf der hinteren Uterusfläche ruht. Von der Richtigkeit dieser Annahme und der daraus folgenden praktischen Bedeutung kann sich jeder während der Operation durch Palpation und gelegentlich, wenn gleichzeitig aus anderem Grunde das Abdomen eröffnet wurde, durch den Augenschein überzeugen, wie ich dies auch in einigen Fällen tun konnte.

Als ferneres, die Alexander-Adams'sche Operation diskreditierendes Moment erscheint mir die Tatsache, daß die Auswahl der wegen Rückwärtslagerung der Gebärmutter mit dieser Methode behandelten Pat. sehr oft nicht die richtige ist. Es gibt viele Fälle von Retroflexio uteri, die zwar nicht den »fixierten« zugezählt werden können, die aber auch die Bezeichnung einer »mobilen« nicht verdienen; ich habe hierbei diejenigen Fälle im Auge, bei denen nach längerem Bemühen, event. unter Zuhilfenahme der Narkose, schließlich der Uterus reponiert wird, um aber bald darauf wieder infolge des auf entzündlicher Basis beruhenden Retraktionszustandes des Beckenbindegewebes und des Bandapparates nach rückwärts gezerrt zu werden. Es ist einleuchtend, daß derartige Fälle nicht geeignete und dankbare Objekte für die Operation sind, denn erstens verhindert die Starrheit des Gewebes die notwendige Vorwärtslagerung des Uterus in ausreichendem Maße und somit auch die Resektion eines genügend langen Bandstückes, und zweitens wird aus demselben Grund eine ständige Zerrung an den Fixationsstellen ausgeübt, die in vielen Fällen schon während des Wundverlaufes, vor allem aber sofort nach der Entlassung bei Verrichtung körperlicher Anstrengungen ihre nachteilige Wirkung an der zarten Narbe entfalten wird. Sollen derartige Fälle der Operation unterworfen werden, so sind sie zunächst eine längere Zeit hindurch durch die geeigneten Maßnahmen (Massage, Heißluft-, Licht-, Wassertherapie) vorzubereiten, was ja auch fast stets mit Erfolg durchzuführen ist.

Endlich werden diejenigen Operateure häufige Mißerfolge mit der Operation erleben, die von ihr mehr verlangen als sie zu leisten imstande ist; die Alexander-Adams'sche Operation dient zur Heilung der mobilen Retroflexio, sie ist nicht eine Prolapsoperation. Gewiß wird man durch rechtzeitige Richtigstellung des Uterus der Ausbildung einer Scheidensenkung vorbeugen; ist aber ein derartiger pathologischer Zustand, wenn auch nur geringen Grades, schon vor-

handen, so wird man die Hinzufügung plastischer Operationen an der Scheide nicht unterlassen dürfen. Erfolgt dann trotzdem in dem einen oder anderen Fall ein Rezidiv, so ist bei der Unzulänglichkeit unserer bisherigen Prolapsoperationen die Schuld an dem Mißerfolg zum mindesten nicht ausschließlich auf das Konto des Alexander'schen Verfahrens zu setzen; sind doch Fälle bekannt, wo auch nach sachgemäßer Ausführung der Ventrofixation im Vereine mit plastischen Operationen unter Losreißung des Uterus von den Bauchdecken ein Rezidiv des Prolaps erfolgte. Und gesetzt den Fall, daß von etwa 25 mit dem Alexander-Adams'schen Verfahren operierten Frauen nach durchgemachtem Partus eine ein Rezidiv ihrer Retroflexio davonträgt, so ist dieser Mißerfolg verschwindend klein im Vergleiche zu dem Unglück, das verursacht wird, wenn eine Gebärende an ihrer Fixation zugrunde geht.

Auch ich beurteile den wahren Wert einer jeden Retroflexionsoperation nach dem Auftreten bzw. Nichtauftreten von Rezidiven der Organverlagerung nach durchgemachtem Partus, aber erst nach Erfüllung zweier Bedingungen: der völligen Gefahrlosigkeit des Eingriffes und der absolut sicheren Gewährleistung eines normalen Verlaufes späterer Geburten. Diesen beiden Anforderungen genügt bei durchaus guten Dauerresultaten zurzeit kein anderes operatives Verfahren mehr, als die technisch richtig ausgeführte Alexander-Adams'sche Operation bei Retroflexio uteri mobilis.

III.

Über einen Fall von ausgetragener intraligamentärer Schwangerschaft.

Von

Dr. **Hermann Rödiger** in St. Johann, Saarbrücken.

Die ungestörte, vollkommen extraperitoneale Entwicklung des menschlichen Fötus zwischen den beiden Blättern des Lig. latum dürfte zu den größten Seltenheiten zu rechnen sein; relativ häufiger sind die Fälle, wo ein Teil des Fruchtsackes zwischen den Ligamenten liegt, während der andere in die freie Bauchhöhle hineinragt. Ektopische Schwangerschaften, bei denen das nicht entfaltete Lig. latum den Fruchtsack einschließt, können bekanntlich leicht mit intraligamentären verwechselt werden; diese pseudointraligamentäre Entwicklung findet man zuweilen nach entzündlichen Prozessen im Douglas; sie hat zur Voraussetzung, daß der Fruchtsack in diesem Raume durch Adhäsionen fixiert wurde, und daß durch Rotation des Fruchtsackes nach hinten die vordere Fläche des Lig. latum allmählich zur oberen Decke des Tumors wurde.

In der Sitzung der niederländischen gynäkologischen Gesellschaft vom 12. Januar 1902 berichtete Vermeiy über eine extraperitoneale

Entwicklung des Eies zwischen den beiden Blättern des Lig. latum. Der Fall wurde nachträglich von Dr. van Tussenbroek genauer untersucht[1]. Über eine ausgetragene extraperitoneale Schwangerschaft, die ich vor einigen Monaten in meiner Anstalt mit Glück operierte, will ich in nachstehendem berichten:

Pat., eine 36jährige Bauernfrau aus dem Kreis Ottweiler, will bis auf einen im Jahre 1900 überstandenen Typhus stets gesund gewesen sein; sie hat zweimal normal geboren, 1891 und 1899, und einmal abortiert, zuletzt, im Jahre 1900, im Anschluß an den Typhus; unterleibsleidend will sie nie gewesen sein. Seit Ende November 1904 fühlte Pat. sich wieder schwanger; Anfang April 1905 verspürte sie die ersten Kindsbewegungen. Die Schwangerschaft verursachte ihr keine besonderen Beschwerden; sie konnte sogar leichte Feldarbeit verrichten. Ende August bekam sie unter wehenartigen Schmerzen, die mehrere Tage andauerten, starke Scheidenblutungen, es gingen blutige Fetzen ab. Anfang September hörten die Kindsbewegungen auf; Ende September, Oktober und November traten periodenähnliche Blutungen ein, der Umfang des Leibes blieb während dieser Monate unverändert. Der Arzt der Kranken, Herr Dr. Sell in Ottweiler, welcher die Überzeugung gewann, daß es sich um keine normale Schwangerschaft handeln könne, überwies mir die Kranke zur weiteren Behandlung.

In meiner Klinik stellte ich zunächst fest, daß der Uterus leer war und von einer ihm innig anliegenden, cystenartigen Geschwulst stark nach rechts und oben gedrängt wurde; der unterste Teil des Tumors stand in einer Höhe mit der Portio. Die Geschwulst, welche etwa 4 Finger breit über den Nabel reichte, zeigte auffallend wenig Beweglichkeit. Im linken Scheidengewölbe fühlte ich einen harten, rundlichen Körper, der mir als kindlicher Schädel imponierte, die Brüste zeigten reichliche Milchabsonderung. Auf Grund dieses Befundes hielt ich mich für berechtigt, die Diagnose auf extra-uterine Schwangerschaft zu stellen.

Am 11. Dezember schritt ich im Beisein der Kollegen Dr. Martens und Dr. Ewh zur Operation. Schnitt in der Linea alba; ein prall gefüllter, mit glattem Peritoneum überzogener, breitbasig aus dem kleinen Becken herauswachsender Tumor kommt zum Vorscheine, dieser zeigt sich nur links vorn mit dem Peritoneum parietale innig verwachsen, die Adhäsionen auf der hinteren Seite können sehr leicht gelöst werden; der Douglas'sche Raum erscheint vollkommen frei. Nach dem Rate von Fritsch[2] werden alsdann die Bauchdecken so an den Tumor angenäht, daß ein etwa 10 cm langes und 5 cm breites Segment des Fruchtsackes von der Bauchhöhle abgeschlossen, frei liegt. Hierauf wird die Geschwulst eröffnet; es entleeren sich ca. 1½ Liter einer dunkelgrünen Flüssigkeit; in dem Sacke, dessen Inneres von einer grünlich verfärbten Membran ausgekleidet ist, werden kindliche Teile sichtbar; an einem Fuße extrahiere ich ein ausgewachsenes, 8 Pfund schweres Kind weiblichen Geschlechtes, welches sich in beginnender Mazeration befindet. Der mißfarbige Nabelstrang führt zu der auf dem Boden des Sackes befindlichen Placenta; diese wird im Sacke belassen, letzterer mit mehreren Kübeln sterilen Wassers ausgespült und mit Jodoformgaze sorgfältig ausgestopft.

Der Verlauf des Falles war ein sehr erfreulicher; Fieber ist niemals aufgetreten; am 20. Tage nach dem Bauchschnitte konnte die Placenta mit Leichtigkeit ohne Blutung aus der Bauchwunde entfernt werden, welche im Verlaufe von weiteren 3 Wochen ohne Fistelbildung zuheilte.

Als ich die Kranke 3 Monate post operat. in meiner Anstalt wiedersah, erzählte sie mir, daß sie wieder vollkommen arbeitsfähig sei und Wegestrecken von mehreren Stunden zu Fuß zurücklegen könne. Ich untersuchte sie per vaginam und war erstaunt darüber, daß die ektopische Schwangerschaft kaum irgendwelche Spuren zurückgelassen hatte; der Uterus lag frei beweglich in der Mittellinie,

---

[1] Tijdschrift voor Verloskunde 1902.

[2] Fritsch, Krankheiten der Frauen. p. 489.

weder in den Adnexen noch im Douglas waren pathologische Produkte nachweisbar.

Desguin in Antwerpen hat in einer Monographie »Über die Überbleibsel nach ektopischen Schwangerschaften« darauf hingewiesen, daß diese vollkommen spurlos vorübergehen können, und die dafür gegebene Erklärung ist sehr plausibel: »Adhäsionen bei ektopischen Schwangerschaften haben meist eine mechanische Ursache, nach deren Beseitigung sie leichter resorbiert werden als Adhärenzen, die auf infektiösen Prozessen beruhen.«

In meinem Falle ließ mich bereits vor der Operation das Fehlen von schweren peritonealen Reizsymptomen, sowie die objektiven Zeichen eines intraligamentären Tumors an eine extraperitoneale Schwangerschaft denken. Charakteristisch für die intraligamentäre Gravidität ist nach Schauta[3], daß der Uterus sich mit der Geschwulst in innigster Verbindung befindet und von ihr nach der entgegengesetzten Seite und nach oben verlagert wird; die Beweglichkeit des Tumors ist beinahe vollkommen aufgehoben; der Fruchtsack sitzt sehr tief im Becken, er reicht mit seiner Kuppe bis unter das Niveau der Portio. Eine pseudointraligamentäre Schwangerschaft kann allerdings ähnliche Zeichen darbieten, wenn auch bei letzterer der Uterus mehr median vorn liegt, der Tumor direkt dahinter.

Bei offener Bauchhöhle ist nach Schauta die Diagnose der echten intraligamentären Schwangerschaft sicher, wenn der Tumor breit aus dem Becken mit Entfaltung des Lig. latum emporwächst und der Douglas'sche Raum vollkommen frei ist.

Die extraperitoneale Lage des vollkommen intraligamentär entwickelten Fruchtsackes macht die Prognose dieser Form der ektopischen Gravidität zu einer verhältnismäßig günstigen. Die Frucht kann sich bis zum normalen Schwangerschaftsende ungestört entwickeln. In meinem Falle wäre es jedenfalls möglich gewesen, ein lebenskräftiges Kind zu entwickeln, wenn man etwa 3 Monate früher operiert hätte. Die Beschwerden der Mutter in der Schwangerschaft sind meist geringfügiger Natur, da die peritonitischen Reizsymptome meist fehlen, Möbius hat schon im Jahre 1903 darauf hingewiesen, daß die intraligamentäre Schwangerschaft deshalb vorgerücktere Entwicklungsstadien erreichen könne, weil sie wegen der extraperitonealen Lage des Fruchtsackes nicht so heftige Beschwerden wie bei intraperitoneal gelegenem Fruchtsacke verursache.

Die Operation ist eine verhältnismäßig einfache; eine Exstirpation des Fruchtsackes ist nicht nötig; die Ausstoßung der Placenta kann man getrost den Naturkräften überlassen; ist die Nachgeburt beseitigt, so geht die Verwachsung der beiden Blätter sehr schnell vor sich. Die Hauptsache bei der Operation ist die, daß man den Fruchtsack recht sorgfältig an die Bauchdecken annäht; der durch die Naht er-

---

[3] Schauta, Lehrbuch der gesamten Gynäkologie. p. 687.

zielte Verschluß soll ja einen Übertritt der jauchenden Massen aus dem Fruchtsack in den Peritonealraum mit Sicherheit verhindern.

Hinsichtlich der Ätiologie der ektopischen Schwangerschaft ist mein Fall vielleicht von einigem Interesse. Pat. ist eine gesunde Bauernfrau, die niemals unterleibskrank war, bei der speziell Gonorrhöe mit ziemlicher Gewißheit ausgeschlossen werden kann. Eine akute oder chronische Entzündung im Bereiche der Tube zur Zeit der Entstehung der Schwangerschaft anzunehmen, liegt kein Grund vor; meine Krankengeschichte gibt also wiederum ein Stütze für die Ansicht derer, welche die Ursache der ektopischen Schwangerschaft im Ei selbst und nicht im Eileiter suchen.

IV.

Berichtigung.

In der Nr. 26 dieses Zentralblattes p. 759 zitiert Herr Dr. Kraus eine meiner Arbeiten, in der ich »die Krukenberg'schen Tumoren noch mit Bestimmtheit als Endotheliome bezeichnet« habe.

Ich erlaube mir hierzu zu bemerken, daß ich selbst bereits diese Auffassung durch Herrn Dr. Wagner in seiner Arbeit »Zur Histogenese der sog. Krukenberg'schen Ovarialtumoren«, Wiener klin. Wchschr. 1902 Nr. 20, berichtigen ließ. Es heißt dort (p. 12 S.-A.): »Es handelte sich in diesem (sc. in dem seinerzeit von mir beschriebenen und von Krauss herangezogenen) Falle um multiple primäre Tumoren des Knochenmarkes, die demnach nicht als Karzinome angesprochen werden konnten, deren Zellen aber jenen für die ,Krukenberg'schen Tumoren' charakteristischen Zellen vollkommen glichen ..... Auf Grund dieser Übereinstimmung im histologischen Aufbau wurde damals die Annahme ausgesprochen, daß die ,Krukenberg'schen Tumoren' als Endotheliome aufzufassen wären, während nach den vorstehenden Ausführungen aus dem histologischen Bilde und der schleimigen Degeneration der Zellen dieser Schluß nicht gezogen werden kann«[1].

Diese Bemerkung ist Herrn Kraus bei seinem bescheidenen Versuche, die Frage historisch darzustellen, wohl zweifellos entgangen.

C. Sternberg.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 11. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr Olshausen, später Herr Bumm;
Schriftführer: Herr P. Strassmann.

Herr Prüsmann ist ausgetreten.

Nachruf auf das verstorbene Mitglied, Herrn Emanuel.

---

[1] Im Originale nicht gesperrt gedruckt.

Die Vorstandswahl wird vertagt.

I. Demonstrationen.

1) Herr Palm stellt eine Pat. mit Defectus uteri vor; bei sorgsamster Untersuchung in Narkose ist kein Gebilde, das für einen Uterus gelten könnte, zu fühlen; Blase und Mastdarm liegen dicht aneinander. Eine Vagina ist ebenfalls nicht vorhanden, der Introitus ist durch eine Membran verschlossen, die sich etwa 2 cm tief einstülpen läßt. Die Ausführung des Koitus war in der ersten Zeit sehr behindert, geht aber jetzt gut vonstatten. Die Ovarien sind als zwei erbsen- bis bohnengroße, harte Knötchen zu tasten; von Tube und Lig. rot. ist nichts zu fühlen. Die äußeren Genitalien sind normal, eine Erweiterung der Urethra besteht nicht, linksseitig ist ein Leistenbruch vorhanden, in dem aber ein solider Körper nicht nachweisbar ist. — Die Pat. ist 22 Jahre alt, kräftig, von durchaus weiblichem Habitus, Mammae sind sehr gut entwickelt, das Becken breit, Stimme, Antlitz, Behaarung weiblich, ebenso Gemüts- und Geschlechtsneigung. Die Menstruation ist naturgemäß noch nie aufgetreten. Seit dem 17. Jahre bestehen Molimina menstrualia, bis vor 2 Jahren regelmäßig von vikariierenden Blutungen aus dem Munde begleitet; seit 2 Jahren treten die Blutungen nicht mehr auf, die Molimina sind dafür aber bedeutend heftiger. Während der letzten Monate, in denen Pat. sich gravid glaubte, sistierten die Beschwerden, um jetzt wieder mit der früheren Heftigkeit in die Erscheinung zu treten.

P. weist darauf hin, daß bei der Diagnose »Uterusdefekt« leicht Verwechslungen mit männlicher Zwitterbildung bei weiblichem Charakter der äußeren Geschlechtsorgane und versteckter Lage der Hoden vorkommen. Diese Möglichkeit hält er aber im vorliegenden Fall auf Grund des Befundes und der Anamnese für ausgeschlossen.

Herr Bumm betont die Schwierigkeit der Herstellung eines funktionierenden Scheidenrohres bei solchen verheirateten Personen mit Defekt der Scheide und des Uterus. Es läßt sich nach einem Querschnitte durch die Vulva zwar der Darm leicht von der Harnröhre lostrennen und eine für mehrere Finger durchgängige große Höhle herstellen, es ist aber sehr schwierig, diese Höhle mit Epithel auszukleiden und vor der nachträglichen Narbenschrumpfung zu bewahren. Die Auskleidung mit Epidermisstückchen hat in einem neuen Falle, wie in zwei früheren, wieder versagt, es ist schon sehr schwer, die dünnen Hautlamellen in die Höhle einzubringen, ohne daß sie sich rollen und verlagern. In dem letzten Falle wurden deshalb die beiden kleinen Labien umschnitten und nach Entfaltung ihrer Duplikatur als breite Hautlappen in die Höhle eingepflanzt, wo sie gut eingeheilt sind. Es blieb nur an der vorderen und hinteren Wand ein schmaler Streifen Granulationsgewebe übrig, das von den Seiten her epithelialisiert wurde.

Herr Mackenrodt: In dem einen meiner zwei Fälle, wo wegen Lupus die Scheide exstirpiert war, sind die transplantierten Schleimhautstücke zunächst aufgeheilt. Dann ist später aber der Scheidenkanal wieder geschrumpft. Im zweiten Falle, wie der heute demonstrierte, bei einer jungen Frau mit totaler Atresie der Scheide, habe ich das Scheidenrudiment quer geöffnet, die Septa auseinander gedrängt, dann die weite Höhle mit Schleimhautstücken ausgepflastert. Die meisten Stücke heilten an. Auch in diesem Fall ist später wieder eine gewisse Schrumpfung eingetreten. Doch ist ein für die Kohabitation genügender Kanal übrig geblieben.

Auf eine Anfrage von Herrn Bumm erwidert M.: Die ganze Dicke der Schleimhaut und kleine Stücke wurden verwendet.

Die Stücke wurden durch ein Netz feiner Seidenfäden über einem Röhrenspekulum miteinander lose verbunden, in das Spekulum ein mit Borsalbe präparierter Fächertampon gelegt, dann das Ganze in die Höhle geschoben und vorsichtig das Spekulum zurückgezogen, so daß der zurückgehaltene Tampon die Schleimhautstücke auf die Wunde festdrückte. Nahe der Rinne wurden einzelne Stücke, die so nicht hielten, festgenäht.

Herr Saniter schlägt vor, in solchen Fällen längere Streifen von fremder Vaginalschleimhaut am Introitus vaginae festzunähen und mit einem Spekulum oder Salbentampon hineinzustoßen.

Herr P. Strassmann fragt, ob über das Zusammentreffen von Defekten mit Brüchen Näheres bekannt ist. Dadurch entstehen Irrtümer über das Geschlecht. Bei der Häufigkeit des Befundes wären Nachforschungen dankenswert.

II. Diskussion zum Vortrage des Herrn Knorr: Über Cystitis und Pyelitis gonorrhoica.

Herr Stoeckel: Die chronische Urethritis gonorrhoica wird oft übersehen, andererseits auch häufig zu Unrecht diagnostiziert. Auch aus der ganz gesunden Harnröhre, insbesondere aus den Skene'schen Drüsen, läßt sich häufig etwas Sekret auspressen. Die Drüsen lassen sich mit zwei Haarnadeln nach Kelly's Vorschlag gut sichtbar machen. (Demonstration durch eine Abbildung.) Cystitis und Urethritis gonorrhoica werden häufig verwechselt. Diese ist häufig, jene sehr selten. Nicht jede Cystitis, die bei Harnröhrengonorrhöe vorkommt, ist eine gonorrhoische; vielmehr handelt es sich wohl meist um Infektionen mit Staphylokokken, Streptokokken und Kolibakterien, die in jeder Harnröhre vorhanden sind. Aszendieren der Gonorrhöe ist bei Frauen sicher ganz außerordentlich selten, wenn nicht eine vorzeitige instrumentelle Lokalbehandlung stattfindet. Einen typischen cystoskopischen Befund kann man bei der häufig nach Gonorrhöe anzutreffenden Cystitis colli meist nicht erheben. Zur genauen Feststellung, ob die Blasenhalsveränderungen bei und nach Gonorrhöe wirklich durch Gonokokken bewirkt sind, müßten Untersuchungen des unter cystoskopischer Kontrolle von der Blasenwand entnommenen Schleimhautbelages angestellt werden. Indessen muß vor einer kritiklosen und häufig vorgenommenen Cystoskopie selbst bei schon chronischer Gonorrhöe dringend gewarnt werden. Diejenigen, die nicht cystoskopieren können, ebenso auch diejenigen, die ihre cystoskopische Technik vervollkommnen wollen, sollten die Finger von diesen Fällen lassen. (Demonstration zweier Abbildungen, die die Veränderungen des Trigonum und des Sphinkters bei chronischer Cystitis colli veranschaulichen.) Bei akuter Urethritis gonorrhoica ist Gonosan von ausgezeichneter Wirkung, da es die subjektiven Beschwerden oft schon nach 24 Stunden beseitigt und Magen und Nieren nicht irritiert. Später sind Injektionen von 10%igem Protargol mit der Fritsch'schen Spritze zu machen. Die chronische Cystitis colli wird mit 5—10%igen Argent. nitric.-Ätzungen behandelt; bei ganz veralteten, hartnäckigen Fällen kann man schließlich zur Curettage gezwungen werden.

Die Pyelitis gravidarum bedarf noch genauerer Untersuchungen. Ein von mir genau beobachteter Fall konnte durch Ureterkatheterismus als Urethritis im untersten Ureterabschnitt, ein anderer als Kolibakteriurie erkannt werden.

Herr Müllerheim: Es gibt kein cystoskopisches Bild, das charakteristisch für gonorrhoische Cystitis ist. Meist ist der Blasenboden, und in frischen Fällen die Gegend des Orificium internum vesicae erkrankt, fast nie das Korpus und der Fundus vesicae. Die makulöse Cystitis ist nicht pathognomonisch für Gonorrhöe.

Für die Urethritis und Cystitis hat die Cystoskopie kaum etwas Neues gebracht, dagegen ist von ihr für die Diagnose der Pyelitis noch Aufklärung zu erwarten.

Bisher hat man geglaubt, daß noch keine Pyelitis gonorrhoica beim Weibe sicher bewiesen sei. Bei Männern ist sie aber wiederholt beobachtet worden, und bei Frauen ist Pyelitis anderer Art in der Schwangerschaft und im Wochenbette gar nicht selten. Bei Frauen ist vielleicht die Pyelitis gonorrhoica seltener beobachtet, weil die Abflußbedingungen günstiger sind und der Nachweis schwer ist.

M. operierte einen Fall von gonorrhoischer Pyosalpinx, bei dem er auch die rechte Niere wegen Pyonephrose exstirpieren mußte. Im Nierenbecken und angrenzenden Ureterenteile, sowie in kleinen Abszessen der Niere fand er Diplokokken, die sich nach Gram entfärbten. Die Pat. hat die schwere Operation glatt überstanden und zum zweiten Male geheiratet.

Nach dem Gonokokkenbefund hat M. keinen Zweifel, daß man diesen Fall als eine Pyelitis gonorrhoica anzusprechen habe und glaubt, daß bei sorgfältigerer Kenntnis der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus es nicht mehr lange währen kann, bis uns noch häufiger echte Falle von gonorrhoischer Pyelitis bei Frauen demonstriert werden.

Herr Stoeckel erwidert Herrn Olshausen, daß besser als Benzoesäure noch Urotropin und Helmitol wirken, daß aber diejenigen Fälle von Pyelitis, die dadurch rasch geheilt werden, den Verdacht auf Bakteriurie erwecken müssen.

Herr Bumm erwähnt, daß er niemals Fälle von echt gonorrhoischer Pyelitis gesehen hat, dagegen wiederholt solche von Sekundärinfektion nach Gonorrhöe mit Staphylokokkus pyogenes aureus. Das mikroskopische Bild des Eiters kann in solchen Fällen leicht zu Täuschungen führen, weil die pyogenen Kokken, wenn sie durch Phagocytose reichlich von den Eiterzellen aufgenommen werden, ganz ähnlich gelagert sind wie die Gonokokken. Entscheidend ist die Gram'sche Entfärbung, welche stets das Vorhandensein pyogener Staphylokokken und keine Gonokokken nachwies.

Herr Knorr (Schlußwort) konstatiert Übereinstimmung zwischen den Anschauungen der Diskussionsredner und seinen eigenen in den meisten Punkten, insbesondere was die Frage der Aszendenz der Gonorrhöe und ihre große Seltenheit anlangt.

Mit Herrn Stoeckel ist K. der Ansicht, daß mancher Fall von sog. Pyelitis gravidarum kein solcher ist. Ein wertvolles Symptom bei der Diagnose ist, wie Herr Olshausen anführt, eine Resistenz in der Nierengegend.

Therapeutisch ist K. mehr für ein aktiveres Vorgehen, bei dem er rasche Heilungen gesehen hat.

IV. Herr Olshausen hält einen Vortrag über Conglutinatio oris uteri.

O. behauptet, entgegen v. Bardeleben, die Existenz wirklicher Verklebung des Muttermundes, deren eigentümliche Symptome er schildert. Zwei durch v. Bardeleben früher mitgeteilte Fälle, welche dieser Autor als Fälle von Überfüllung des Eies ansieht, hält O. für besonders typische Fälle von Conglutinatio. Zur Adhärenz des unteren Eipoles teilt O. ebenfalls zwei Fälle mit.

Herr v. Bardeleben dankt Herrn Olshausen für die Worte der Anerkennung, bleibt aber dabei, daß sich seine zwei Fälle von Amnionüberfüllung nicht als Conglutinatio deuten lassen, und daß die von ihm (v. B.) aufgestellten vier Kategorien von Ausbleiben der äußeren Muttermundserweiterung damit nichts zu tun haben.

Herr Stoeckel bemerkt, daß er im v. Winckel'schen Handbuche der Geburtshilfe in dem Abschnitt über Eihautanomalien bei der Geburt der Adhärenz des unteren Eipoles und den Fällen von Hecker, Litzmann und Löhlein ungefähr eine Seite gewidmet hat.

Sitzung vom 25. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr Keller; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

I. Geschäftliches.

II. Bericht des Schriftführers über das verflossene Geschäftsjahr.

III. Herr C. Keller wird zum I. Vorsitzenden,
Herr Orthmann zum II. Vorsitzenden,
Herr Bröse zum III. Vorsitzenden,
Herr C. Ruge zum Kassierer,
Herr P. Strassmann zum I. Schriftführer,
Herr R. Meyer zum II. Schriftführer gewählt.

IV. Demonstrationen.

Herr Hocheisen stellt einen Fall von schwerer Geburtsstörung bei einer Frau vor, die vor 12 Jahren nach Leopold-Czerny ventrofixiert war. Entbindung sehr schwierig, Durchschneidung der vorderen Uteruswand von der Scheide aus, Wendung und Extraktion, lebendes Kind. Sectio caesarea nur auf diese Weise zu umgehen. Genesung.

Diskussion. Herr Olshausen glaubt, daß bisher in einem nach seiner Methode ausgeführten Falle von Ventrofixation ein Kaiserschnitt noch niemals nötig geworden ist.

Herr Bröse weist auf eine Beobachtung von Geburtsstörung nach Ventrofixation (nach Olshausen) hin, bei der allerdings ein Ovarialtumor Verwachsungen bewirkt haben konnte.

Herr Bumm betont die große Schwierigkeit, die es hatte, in diesem Falle überhaupt bis zum Muttermunde zu kommen, man mußte bis zum Ellbogen eingehen. Nach der Methode des vaginalen Kaiserschnittes die Cervix zu durchschneiden, ist in solchen Fällen unmöglich, weil sich diese Gegend selbst mit den längsten Spiegeln nicht bloßlegen läßt. Es bleibt also nichts übrig, als mit dem geknöpften Messer auf der Hand den Sporn in der Medianlinie zu spalten, ohne Rücksicht auf etwaige Blasenverletzung. Der klassische Kaiserschnitt ist bei verschleppten Geburtsfällen mit zersetztem Fruchtwasser zu gefährlich, eine etwaige Blasenverletzung läßt sich dagegen leicht wieder schließen.

Herr Olshausen hält in solchen Fällen den Kaiserschnitt für das sichere Verfahren, besonders um Verletzungen der Blase zu vermeiden. O. hat in 3 Fällen nach Vagino- und Ventrifixation den Kaiserschnitt mit Erfolg ausgeführt.

Herr W. Nagel berichtet einen ähnlichen Fall nach vorangegangener Ventrofixation mit querliegendem Uterus und handbreit über dem Promontorium stehenden Muttermund, in welchem es ihm gelang, in Seitenlage die Wendung auf den Fuß auszuführen. Das Kind wurde nach vollkommener Erweiterung des Muttermundes lebend extrahiert.

V. Herr Stoeckel: Über die Anwendung der Nitze'schen Cystoskopie bei Luftfüllung der Blase in Knie-Brustlage.

Es gibt eine Reihe von Fällen, in welchen die klassische Methode von Nitze nicht durchführbar ist, weil die Blase defekt (Fisteln), oder nicht schlußfähig (Inkontinenz), oder so überempfindlich ist, daß sie jede Anfüllung mit Flüssigkeit ablehnt. Auch hochgradige Pyelitiden vereiteln die Cystoskopie, wenn der reichlich aus dem Ureter abströmende Eiter die Blasenfüllflüssigkeit rasch trübt. Für diese Fälle bietet das Verfahren von S. eine gute Aushilfe. Es unterscheidet sich von der Methode Kelly's und Pawlik's, die ebenfalls in Knie-Brustlage die luftgefüllte Blase ableuchten dadurch, daß das Nitze'sche Cystoskop verwendet wird. Die Technik ist schwierig, die Lage der zu Untersuchenden unbequem, die Gefahr, die Blasenwand mit der rasch heiß werdenden Cystoskoplampe zu verbrennen, erfordert Übung und Erfahrung des Untersuchers. Besonders schön ist in der luftgefüllten Blase der Ureterstrahl zu demonstrieren. In der wassergefüllten Blase sieht man nur den durch den ausgespritzten Ureterharn erzeugten Wirbel, in der luftgefüllten Blase dagegen den dicken Strahl selbst, wie aus einer Spritze gespritzt, durch das Gesichtsfeld schießen. Der Vortr. demonstriert den linken Ureterstrahl mit der neuen Methode. Das Phänomen konnte von sämtlichen Anwesenden sehr klar und deutlich beobachtet werden.

Neueste Literatur.

2) Archiv für Gynäkologie Bd. LXXVII Hft. 3.

1) Bürger. Die Bedeutung der Hystreuryse in der Geburtshilfe.

Bevor Verf. über das einschlägige Material der Schauta'schen Klinik Bericht erstattet, gibt er einen Überblick über die historische Entwicklung der Ballonbehandlung in der Geburtshilfe. Hervorzuheben sind als wesentliche Fortschritte: die Übertragung des Braun'schen Prinzips auf die intra-uterine Verwendung durch Schauta (1883), die Anwendung des Zuges nach Mäurer und die Ausschaltung der Dehnbarkeit durch Champetier. Auch die Wirkungsweise der Hystreuryse erfährt eine genaue Darstellung, wie sie auch schon von anderen, insbesondere von v. Bardeleben (mechanische und dynamische Wirkung), gegeben worden ist (Ref.). Naturgemäß wurde hierbei zum Vergleiche die Wirkungsart der modernen starren metallenen Dilatatoren herangezogen. Das größte Verdienst des Ballons liegt in der Vielseitigkeit seiner Anwendung, da er nicht nur zur Ein-

leitung der Geburt und Verstärkung der Wehen gebraucht werden kann, sondern auch als Schutz gegen vorzeitigen Blasensprung, als Verschluß nach vorzeitigem Blasensprunge, sowohl zur Einleitung der Geburt ohne Komplikation, als auch für das Accouchement forcé bei Eklampsie. Nicht zu vergessen ist das Anwendungsgebiet bei Blutungen in der Geburt, bei Placenta praevia. So ist der Ballon Gemeingut der Ärzte geworden, wozu nicht zum wenigsten die Einfachheit der Technik beigetragen hat. Gerade jetzt hält es Verf. daher für an der Zeit, die guten Resultate der Schauta'schen Klinik mit Kolpeuryse und Hystreuryse der Öffentlichkeit zu übergeben. Es handelt sich um 147 Fälle, die Verf. in einzelnen Gruppen, je nach der Technik, die bei verschiedenen Indikationen verschieden ist, bespricht. Die erste Kategorie umfaßt die Anwendung ohne vorhergegangene Geburtstätigkeit, die zweite die nach vorhergegangenen Wehen. In die erste Gruppe gehören 16 Fälle von Einleitung des Abortes resp. der Geburt, meist nachdem andere Methoden vergeblich versucht waren; aus der zweiten Gruppe, die naturgemäß die meisten Indikationen umfaßt, seien hier noch die Fälle von Eklampsie und Placenta praevia besonders hervorgehoben. Die Statistik umfaßt 45 Eklampsiefälle, 35 Primiparae, 10 Multiparae; in 21 Fällen war noch kein Effekt der Wehentätigkeit zu konstatieren, 31 Fälle waren noch nicht am Ende der Schwangerschaft. 8 der Primiparae waren über 30 Jahre alt. In 23 Fällen wurde am Ballon ein konstanter manueller Druck ausgeübt. Nur in 4 Fällen waren Diszissionen des Muttermundes zur geburtshilflichen Operation notwendig, 4mal mußte der Muttermund wegen Kontraktur wegen Extraktion des nachfolgenden Kopfes inzidiert werden. In 4 Fällen versagte die Ballonbehandlung. In bezug auf die Frage, ob nach Einführung und Anwendung der Blase unter Zug sich die Anfälle häufen, sei erwähnt, daß in 22 Fällen noch nach Beendigung der Geburt Anfälle aufgetreten waren, daß aber nur 5mal während Einwirkung des Ballons Anfälle beobachtet wurden. Von den 45 Frauen starben 9, die Wochenbetten der Überlebenden waren fieberfrei. Die Anwendung bei Placenta praevia betrifft 19 Fälle. Als wichtig zur Stellungnahme der Schauta'schen Klinik glaubt Ref. hervorheben zu müssen, daß Verf. es ausspricht, daß die Hystreuryse nicht in jedem Falle prinzipiell anzuwenden ist. Die Ballonbehandlung soll für die schwersten Fälle reserviert bleiben, in denen die Erweiterung der Weichteile noch so wenig vorgeschritten ist, daß man ohne Zerreißungsgefahr noch nicht die Wendung nach Braxton-Hicks ausführen kann. Bei 240 Fällen von Placenta praevia überhaupt hat die Schauta'sche Klinik 8% Mortalität, unter den 19 mit Ballon Behandelten 3 Todesfälle, also mehr als 15%. Auch der Ansicht von Küstner u. a. kann sich Verf. nicht anschließen, daß die Ballonbehandlung für die Kinder bessere Resultate ergebe. Bei Placenta praevia wirkt der Ballon hauptsächlich als blutstillendes Mittel im Beginne der Geburt. — Zum Schluß hebt Verf. nochmals die guten Eigenschaften des Ballons als Dilatationsmittel, insbesondere die physiologische Wirkungsart gegenüber den Metalldilatatoren, hervor, und preist ihn als unschätzbares Mittel für den praktischen Arzt in schwierigen Situationen.

2) Bauereisen. Über Acardius.

Verf. beschreibt einen der Menge'schen Klinik zugesandten Acardius acephalus und bespricht die Zirkulationsverhältnisse und die Ätiologie auf Grund der bekannten Theorien. Im Gegensatze zu Schatz, der bekanntlich mit Claudius eine sekundäre Akardie annimmt und der Ansicht ist, daß sie erst allmählich während des Placentarkreislaufes durch Auftreten von Stromhindernissen in der Nabelschnurvene, Nabelvene, resp. Allantoisvene zustande kommt, kommt Verf. zu dem Resultate, daß »das natürliche System der Acardii und ihrer Verwandten von Schatz« auf nicht bewiesene Voraussetzungen gegründet ist, und daß für den größten Teil der Acardii eine primäre Mißbildung, eine primäre Akardie nach Meckel, Dareste, Panum und Breus anzunehmen ist. Die Gefäßverbindung zwischen dem eineiigen Zwilling ist von vornherein vorhanden; kommt es nun infolge primärer Mißbildung zur Akardie, so stirbt die Frucht nicht ab wie bei einem Einling, sondern sie wird vermittels der schon vorhandenen Gefäßverbindungen als Acardius vom normalen Zwilling erhalten.

Die Erklärung der schweren Mißbildungen und Defekte eines Acardius als sekundäre Folgen des umgekehrten Kreislaufes bietet die allergrößten Schwierigkeiten. Die Entstehung der mißbildeten Zwillinge ist in den Anfang der Entwicklung zu verlegen. Trotz Schatz' gegensätzlicher Meinung ist es sicher, daß solche Früchte Nabelschnüre mit Nabelgefäßen besitzen können, die sich außerembryonal und unabhängig vom Herzen entwickeln.

3) Scheurer. Über Cervixverletzungen bei Primiparen.

Nach dem Vorgange von Klein und Nieberding hat Verf. an Frischentbundenen die Geburtsverletzungen der Cervix festgestellt und ihre Ätiologie studiert. Er verwendete hierzu aus dem Materiale der Berner Frauenklinik 99 Erstgebärende, die er bald nach der Ausstoßung der Placenta und bei ihrer Entlassung untersuchte.

In ähnlicher Weise wie v. Bardeleben teilte er zur Verwertung des Materiales die gefundenen Risse in vier Gruppen ein. Nach dieser Klassifikation verteilen sich die Befunde folgendermaßen: I. Gruppe: komplette Portiorisse und Cervix-Laquearrisse 13 Fälle; II. Gruppe: große Portiorisse 13 Fälle; III. Gruppe: mäßige Portiorisse 46 Fälle; IV. Gruppe: Einkerbungen 27 Fälle.

Was die ätiologischen Momente betrifft, spielen die wichtigste Rolle die geburtshilflich-operativen Eingriffe jeglicher Art. Mehr als die Hälfte der Fälle von kompletten Portiorissen waren operativ beendigte Geburten. Auch abnorme Einstellungen des Kopfes wirken begünstigend. Das durchschnittliche Kindesgewicht ist bei den Fällen mit stärkeren Portiorissen über 300 g größer als bei den Fällen mit leichten Rissen. Das Zustandekommen der Risse wird ferner begünstigt durch hohes Alter der Erstgebärenden und durch Placenta praevia. Ein Einfluß des frühzeitigen Blasensprunges und des engen Beckens konnte nicht festgestellt werden. Der Sitz der Risse ist fast immer ein seitlicher, und zwar wird bei den einseitigen oder auf einer Seite stärkeren Rissen häufiger die rechte Seite betroffen. Ein Einfluß der Stellung der Frucht auf den Sitz des Risses läßt sich bei Betrachtung sämtlicher Fälle nicht nachweisen. Bei den Fällen von frühzeitigem Blasensprunge scheint die I. Kindesstellung das Zustandekommen eines rechtsseitigen Risses zu begünstigen, und umgekehrt. Auch die größten Risse hatten im allgemeinen keine oder nur geringe Blutungen zur Folge. Ein Einfluß auf die Wochenbettsmorbidität oder die Involution des Uterus war nicht zu konstatieren.

4) Gentili. Über das Verhalten des Eierstocksrestes bei Dermoidcysten, insbesondere über ovarielle Fettresorption.

In dieser Arbeit untersucht Verf. vor allem die Beziehungen der Dermoide zu ihrer Umgebung resp. zu dem Eierstocksreste, sowohl zu dem cystisch umgewandelten, wie zu dem soliden. Das Material bestand aus 23 Eierstocksdermoiden der Landau'schen Privatklinik, von denen speziell acht für die vorliegende Frage von Belang sind. Sie werden makro- und mikroskopisch geschildert und die Ergebnisse besprochen. Einmal handelte es sich um Einbruch des Dermoids in ein multilokuläres Kystom (Wilms); dreimal war die Dermoidcyste durch gleichzeitiges Kystom diskonfiguriert, weniger oder mehr zersprengt. Die noch übrigen fünf Fälle haben gemein, daß sich der Fettinhalt nicht auf die Cystenhöhle des Dermoids beschränkt, sondern infolge Resorption in die Lymphwege der Umgebung hinein die ihm ursprünglich zukommenden Grenzen überschreitet. Hierdurch entsteht ein typisches Bild, makroskopisch das eines mit Fett gefüllten Schwammes (Kroemer) oder lipomatoiden Tumors, mikroskopisch das Bild fettgefüllter Saftspalten und Lymphgefäße mit gleichzeitiger Bildung von Riesenzellen, welche phagocytäre Riesenzellen endothelialer Abkunft darstellen. Es gibt auch Kombinationen von Zersprengung der Dermoidanlage durch ein Kystom und lymphatische Fettresorption.

5) Pfeilsticker. Zur Kasuistik der extramembranösen Schwangerschaft.

Aus dem Hebammeninstitut in Stuttgart berichtet Verf. über zwei derartige Fälle, so daß nach seiner Berechnung im ganzen 21 sicher beobachtete und vier zweifelhafte Fälle zu verzeichnen sind. Zu den letzteren ist der eine Fall des

Verf.s zu rechnen, dessen Placenta dem Institut zugesandt wurde. Der andere ist daselbst genau beobachtet. Die Verschiedenheit des Anfangssymptoms — zuerst Blutung oder Wasserabfluß — sucht sich Verf. durch die Annahme (Holzapfel) eines endometritischen Prozesses zu erklären, der in früher Schwangerschaftszeit bei noch allseitig von Chorionzotten umgebenem Ei zu Blutungen führen müsse, der jedoch später deciduale Hydrorrhöe zur Folge habe, zu der nach Ruptur der Eihäute noch die amniale hinzukomme. Den Grund, warum die Ruptur am unteren Eipol erfolgt, sieht Verf. in einer physiologischen Minderernährung der Eikuppe, zu der sich noch eine pathologische durch die Endometritis hinzugesellt. Doch darf man die Möglichkeit des kriminellen Eihautstiches nicht unerwähnt lassen. Unter dieser Annahme lassen sich jedenfalls die verschiedenen Erscheinungen einfach erklären, wie u. a. die, daß die Ruptur der Eihäute von außen nach innen erfolgen mußte, und daß sich die Rupturstelle so oft am unteren Eipole befindet.

6) Poten. Tödliche Nephritis bei Gebärenden ohne Eklampsie.

P. schildert einen höchst interessanten Fall von Frühgeburt bei einer 26jährigen Erstgebärenden, der unter schweren Nierenstörungen im Wochenbette letal endigte, ohne daß es zu Krämpfen oder Bewußtseinsstörungen gekommen war. Die Sektion ergab jedoch neben den Nierenveränderungen alle für eklamptische Leichen nach Schmorl charakteristischen Befunde, wie Lebernekrosen, Parenchymdegenerationen in Leber, Nieren, Herzfleisch, Thrombosen usw. Derartige Fälle, wie die von Schmorl, Wendt, Dreyer-Wirz, werden als wahre Eklampsien ohne Konvulsionen aufgefaßt. Verf. glaubt, daß man gegen diese Deutung nicht energisch genug protestieren könne, und daß das klinische Bild der Eklampsie in sich zusammenfalle, wenn wir von den Krämpfen als von etwas Nebensächlichem absehen. Es geht nicht an, die Lebernekrosen als für Eklampsie charakteristisch zu bezeichnen, da sie auch bei unter urämischen Erscheinungen verstorbenen Schwangeren gefunden sind, und wahrscheinlich bei den ca. 80% genesenden Eklamptischen nicht gefunden werden würden. Klinisch können wir in diesen Fällen nur die auffallend schnell zur Heilung kommende Nierenstörung nachweisen, das einzige Symptom, welches vor Ausbruch der Anfälle beobachtet werden kann. Verf. berichtet noch über einen anderen Fall von Schwangerschaftsnephritis, der bei völliger Anurie mit dem Tode der Wöchnerin endigte. Derartige Fälle scheinen gar nicht so selten zu sein, wie angenommen wird. Der Kliniker wird dem Anatomen nicht folgen können, der sie auf Grund des Leichenbefundes zur Eklampsie rechnen möchte. Welche Momente bei nephritischen Schwangeren zum Ausbruche der Eklampie führen — ob das akute Einsetzen der Nephritis, ob Schwangerschaftsveränderungen des Körpers, ob eine besondere Reizbarkeit des Gehirnes —, darüber fehlen uns noch alle Kenntnisse. **Courant** (Breslau).

---

3) Französische Dissertationen.

1) Mlle. M. Bonnin (Paris 1904). Contribution à l'étude de la tuberculose de la vulve.

Tuberkulose der Vulva tritt häufig sekundär nach einer genitalen oder viszeralen Tuberkulose auf. Sie kann jedoch auch selbständig vorkommen, ohne jede bazilläre Infektion eines anderen Organes des Genitaltraktus. Die meistbekannte Form ist die ulzeröse. Die Ulzeration kann vereinzelt auftreten, meistens aber zieht sie die großen und kleinen Labien, häufig auch den Damm und die Innenfläche der Schenkel in Mitleidenschaft. Neben der ulzerösen Form gibt es eine andere, welche durch die pseudoelephantiastische Hypertrophie der Haut der Vulva ohne jede Ulzeration charakterisiert wird. Um die sehr schwierige Diagnose dieser Form zu stellen, muß genau histologisch untersucht werden.

Die Prognose ist ernst, da die Ulzerationen immer wieder rezidivieren. Besonders ist die Erkrankung bei kleinen Mädchen zu fürchten, welche häufig an akuter Phthise oder sekundärer Meningitis sterben. Die Behandlung der ulzerösen Form besteht in Curettage und Kauterisation, die der hyertrophischen in Exstirpation.

2) H. Bonamy (Paris 1904). Étiologie et traitement de l'hémorrhagie interne post-opératoire consécutive aux interventions sur l'uterus et ses annexes par la voie abdominale.

Stärkere Nachblutungen nach Operationen haben als gewöhnliche Ursache eine Ungeschicklichkeit und technische Mängel des Operateurs. Als einzige Therapie kommt die sofortige Relaparotomie in Betracht.

3) G. Gouin (Paris 1904). Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical.

Die abdominale und vaginale Hysteropexie sind gefährliche und antiphysiologische Verfahren, welche während des Geschlechtslebens der Frau verworfen werden sollen. Die Verkürzung der Ligg. rotunda ist die einzig erlaubte Operation, wobei die intraabdominale Verkürzung derjenigen von Alexander-Adams vorzuziehen ist.

4) Mme. A. Darcanue-Mouroux (Paris 1904). Contribution à l'étude clinique de ménopause précoce.

Die frühzeitige Menopause muß von der Amenorrhöe, welche die Kachexie oder chronische und akute Krankheiten begleitet, unterschieden werden. Das frühzeitige Verschwinden der Menses ist in einigen Fällen einem nervösen Einfluß, viel seltener einer Superinvolution des Uterus, am häufigsten einer ungenügenden Entwicklung des Genitalapparates zuzuschreiben. Bei den meisten Frauen, welche vorzeitig zur Menopause gelangen, scheint die Verzögerung der Pubertät, die Unregelmäßigkeit der Menses, deren Schwäche, trotz allgemeinen Wohlbefindens, und die Neigung zur Sterilität beim Fehlen anatomischer Veränderungen, den klinischen Beweis für eine wirkliche ovuläre Insuffizienz zu bieten.

5) G. Dircksen (Paris 1904). Fièvre nerveuse et fièvre simulée dans les affections médico-chirugicales.

Das hysterische Fieber existiert vielleicht, in den meisten Fällen ist das Fieber aber simuliert, mittels verschiedener künstlicher Einwirkungen auf den Thermometer. Das einzige Mittel, um die Diagnose zu sichern, ist, den Thermometer zu halten, nachdem man sich überzeugt hat, daß Vagina und Rektum keine eingeführten irritierenden Substanzen enthalten, oder nicht der Sitz einer lokalen Entzündung sind. Außerdem simulieren die Pat. oft alle möglichen krankhaften Zustände, so daß ein Symptomenkomplex entsteht, der eine wirkliche Erkrankung vortäuscht. Es ist dabei immerhin anzunehmen, daß der psychische Zustand dieser Pat. ein wirklich krankhafter ist, denn dieselben gehen manchmal so weit, sich sogar operieren zu lassen. Es handelt sich bei ihnen um Hysterie und das Pseudofieber. Während sonst auf hysterische Erscheinungen durch Suggestion eingewirkt werden kann, ist dies nach dem Berichte des Verf.s bei den hysterischen Fieberkranken vollkommen mißlungen.

6) A. Lemoine (Paris 1904). Des ruptures du périnée consécutives à l'accouchement et de leur traitement immédiat et sécondaire.

Unvollständige Dammzerreißungen bei der Geburt sind häufig, vollständige dagegen selten. Jede Zerreißung führt ernste Störungen mit sich, event. Infektion, Recto-Vaginalfisteln, uterinen Prolaps. Wenn irgend möglich, soll daher sofort genäht werden. Ist dies aus irgendeiner Ursache nicht möglich, so soll man ungefähr 6 Monate warten und in dem Intervall zwischen zwei Perioden operieren, möglichst kurz nach dem Aufhören der ersten. Ist die Frau schwanger, so soll zugewartet werden.

7) Frédéric-Georges Vernon (Paris 1904). De la valeur du mélaena connue signe de l'invagination aigue chez le nourrisson.

Die Melaena ist ein Hauptanzeichen für intestinale Invagination. Beim Säuglinge wird sie in mehr wie 90% beobachtet und ist ein frühzeitiges Kennzeichen derselben. Meistens tritt sie schon wenige Stunden nach dem Auftreten der Erkrankung ein; neben sanguinolenten Stühlen sieht man solche, die nur aus Blut bestehen. Die Erkrankung ist meistens anfangs von Leibschmerzen und Erbrechen begleitet, welche Symptome sehr selten fehlen. Es soll möglichst frühzeitig chirurgisch eingegriffen werden.

8) I. Cordier (Paris 1904). Des grossesses répétées chez les albuminuriques.

Neben den permanenten Albuminurien sieht man bei schwangeren Frauen auch solche, welche den Zustand der Pat. in keiner Weise verschlechtern, selbst wenn sie bei öfteren Schwangerschaften auftreten. Prognostisch kommen in Frage: Die Urinmenge, die Toxizität des Blutes und Urins, das Fehlen oder Vorhandensein von Zylindern. Bei Albuminurischen ist, wie bei allen anderen Entbundenen, das Stillen an der Brust jeder anderen Methode der Ernährung des Kindes vorzuziehen.

9) Th. Verdier (Paris 1904). De l'opportunité et du choix d'une intervention dans l'avortement incomplet.

Wenn keine Komplikationen vorliegen, soll bei drohendem Abort unter Bettruhe zugewartet werden, selbst wenn es mehrere Tage dauert. Jedoch, wenn auch keine unmittelbaren Komplikationen vorliegen, ist bei gewissen Vorkommnissen (Zwillingsschwangerschaft, Tod und Mazeration des Fötus, akuter oder chronischer Endometritis, Retroflexio uteri, kriminellen Manövern) der Uterus so schnell wie möglich zu entleeren.

Dauert die Ausstoßung länger wie 3—4 Tage, so soll eingegriffen werden, wenn der Zustand des Halses eine leichte Intervention erlaubt. Die Ausräumung mit Instrumenten verwirft der Verf., man soll dazu nur den Finger verwenden.

10) L. Pouliot (Paris 1904). Des accidents qui compliquent les maladies du cœur de la grossesse.

Bei Herzerkrankungen können durch die Schwangerschaft allein folgende Komplikationen ausgelöst werden:

a. Manifestationen von Herzinsuffizienz, deren Typus die Asystolie ist.

b. Krisen von akuten Lungenödemen.

Die Herzinsuffizienz ist einer Inkompensation zuzuschreiben, bedingt durch den Einfluß der Plethora der Schwangerschaft, die Anstrengung der Wehen und die Hypertension der Nachgeburtsperiode.

Das akute Lungenödem tritt vor allem bei Mitralstenose, weniger häufig bei anderen Klappenfehlern auf. Die ersteren sind meistens mit Nierenveränderungen verbunden. Das Ödem ist eine Manifestation der cardiorenalen Insuffizienz und gibt eine Mortalität von 85%. Möglichst rasche Entbindung ist die einzige Therapie.

11) R. Dupouy (Paris 1904). Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication.

Puerperale Psychosen kommen nur bei prädisponierten Frauen vor, jedoch genügt die Prädisposition nicht allein, um sie auszulösen, es muß auch eine Autointoxikation vorhanden sein. Die Autointoxikation hat verschiedene Ursachen. Es gibt Erschöpfungs-, Infektions- und wirkliche Autointoxikationspsychosen.

Die Hepatotoxämie ist von allen Autointoxikationen die bekannteste und meist studierte. Die Störungen können auch durch thyroidienne und ovarielle Insuffizienz hervorgerufen werden. Die puerperalen Psychosen sollen als Autointoxikationen behandelt werden.

12) M. Semper (Paris 1904). Les enfants des paralytiques généraux.

Bei der Beurteilung der Nachkommenschaft von Paralytikern müssen zwei Punkte berücksichtigt werden: 1) Der Zeitpunkt der Erzeugung der Kinder. 2) Das Studium der Familien.

In den ersten Jahren nach einer luetischen Infektion konstatiert man die Häufigkeit der Frühgeburten, der Totgeburten, der Todesfälle in frühem Alter und der hereditär luetischen Erkrankungen. In dieser Periode ist der Prozentsatz der gesunden Kinder ein sehr schwacher (12%).

In einer zweiten Periode, die von der Ansteckung zeitlich weiter entfernt liegt und bis zum Erscheinen der Paralyse geht, ist der Prozentsatz ein weit besserer (51,85%).

Im Verlaufe der Paralyse und der kachektischen Periode verlaufen die Schwangerschaften meistens normal. Das Studium der Familie ist deshalb nötig, weil die

Prognose nicht dieselbe sein kann für die Kinder von Paralytikern, welche schwer erblich belastet sind, jener, die Trinker sind und jener, deren Paralyse nicht mit Alkohol kompliziert ist. Die allgemeine Paralyse selbst scheint keinen Einfluß auf die Kinder zu haben.

13) Elie Bories (Paris 1904). Les thrombus génitaux puerpéraux.

Genitale Thrombosen sind während des Puerperiums selten. Sie können während der Schwangerschaft, während der Wehen und nach der Geburt auftreten. Man findet sie ungefähr einmal auf 2200 Frauen. Ihr Erscheinen ist spontan, ihre Ätiologie sehr dunkel. Es sind Hämatome, die meistens ungestielt sind. Doch können auch solche mit Stielen vorkommen, sie sitzen gewöhnlich im perivaginalen Zellgewebe, können aber auch in der Beckenbauchhöhle vorkommen. Ihre Diagnose wird nach drei Symptomen gestellt: Brüskes Erscheinen, heftiger Schmerz, ekchymotische Schwellung. Die mittlere Dauer der Thromben ist 3—4 Wochen. Komplikationen sind selten. Die Behandlung ist jene der Hämatome im allgemeinen: Strenge Antiseptik und Zuwarten. Ein Einschnitt soll nur bei Komplikation vorgenommen werden.

14) M. Chedeville (Paris 1904). Du placenta praevia, les dystocies qu'il peut engendrer en dehors des hémorrhagies.

Bei Blutungen bei Placenta praevia starben die Frauen im Verhältnis von 10—20% und die Kinder zu $^1/_3$. Die große Sterblichkeit bei Placenta praevia entsteht jedoch nicht nur durch die Blutung allein, sondern die vorliegende Nachgeburt kann auch ohne Hämorrhagie zum Tode führen. Ist die Placenta tief inseriert, hindert sie die Physiologie der Geburt, verursacht Insuffizienz der Kontraktionen und Fruchtwasserabfluß und verhindert die Erweiterung des Halses. Zu befürchten sind ferner uterine Zerreißungen, fehlerhafte Lagen, Dammriß, uterine Infektion und Phlebitis. Oft verursacht die fehlerhafte Insertion frühzeitige Geburt und angeborene Schwäche des Kindes. Ferner bildet sie die häufige Ursache einer Asphyxie (Druck auf die Nachgeburt und Ausstoßung derselben vor dem Kinde und Nabelschnurvorfall). Die uterine Trägheit verursacht oft die Retention der Eihäute, was wieder zum Ausgangspunkt einer Infektion werden kann. Jeder geburtshilfliche Eingriff bietet besondere Schwierigkeiten. In allen Fällen ist so rasch wie möglich zu entbinden.

15) M. J. Estéoule (Paris 1904). Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires. Polypes placentaires.

Wenn nach einer Frühgeburt oder einem Aborte Fragmente des Placentargewebes zurückbleiben, ohne begleitende Infektion, so nekrotisieren diese Reste nicht. Sie behalten ihre vaskuläre Verbindung mit der uterinen Wand, leben weiter und wuchern manchmal. Sie bilden dann placentare Polypen. Dieselben zeigen Strukturen von großer Verschiedenheit. a. Am häufigsten sieht man verschiedene regressive Veränderungen (Sklerose des Stromas, der Chorionzotten, Bildung von Kalkablagerungen und hyaline Veränderungen). In allen Fällen leistet die Deckschicht der Zotten, Syncytium und Langhans'sche Zellschicht, sehr langen Widerstand. Der Verf. hat selbst einen Placentarpolypen noch nach 13 Monaten gefunden. Dieses lange Fortleben der fötalen Elemente wird erklärt durch das Fortbestehen der Verbindung zwischen den Blutspalten des Placentarpolypen und dem uterinen Zirkulationssystem. b. In anderen Fällen sklerotisiert das Stroma der Zotte und degeneriert, aber das Syncytium wuchert weiter. c. Und manchmal endlich wuchern die Elemente des Chorions auf eine derartig rasche Weise, daß sie schnell den ganzen Uterus durchdringen. Diese malignen Placentarpolypen sind Chorionepitheliome.

16) A. Molas (Paris 1904). De la récidive dans les papillomes de la vessie.

Sowohl Papillome, als auch maligne Tumoren der Blase unterscheiden sich in ihren Symptomen (Hämaturie usw.) nicht besonders, denn ein kleines Papillom kann ebensogut wie ein großer maligner Tumor zu einer tödlichen Blutung führen. Die gutartigen Tumoren können unter zwei Formen rezidivieren, unter einer erst nach langer Dauer auftretenden malignen Form, bei der man sich fragen muß, ob der

Tumor nicht erst gutartig war und später erst maligne wurde, oder unter der Form von gutartigen Tumoren mit langer Entwicklungszeit. Von diesen hat der Verf. zwei Fälle beschrieben.

17) V. Ruthon (Paris 1904). Sur un nouvel anesthésique. La Stovaine.

Stovain ist ein viel weniger heftiges Gift als das Kokain. Es erhöht die Spannkraft des Herzmuskels, vermehrt die Intensität seiner Kontraktionen, ruft keine bulbäre Anämie hervor. Es scheint vor der Synkope zu schützen und gestattet, die Kranken sitzend zu operieren. Das Stovain ist ein lokales Anästhetikum, das weniger mächtig wirkt als die gleiche Menge Kokain. Das Stovain erlaubt dieselben Operationen wie das Kokain, ja man kann sie sogar viel eingreifender ausführen. Bei Lumbalanästhesie ruft das Stovain nicht die Störungen hervor, die bei Kokaingebrauch beobachtet werden (Schwindel, Synkopen, Blässe des Gesichtes), und in den Fällen des Verf.s hat sie keine Hirnreizungen verursacht.

18) P. Thomas (Paris 1904). Des indications de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë.

Die Schwierigkeit bei diesem Eingriffe besteht darin, festzustellen, wann der geeignete Moment für denselben gekommen ist. Die bakteriologische Untersuchung kann gute Aufschlüsse geben, besonders die cytologische Untersuchung des Blutes. Bei primärer Septikämie soll nicht operiert werden, dagegen scheint die Operation Erfolge aufzuweisen bei sekundärer Septikämie mit langsamer Entwicklung und in Fällen von Pyämie ohne viszerale Metastasen.

19) M. Bassuet (Paris 1904). La descendance des tabétiques.

Die große Mortalität, welche bei Kindern von Tabikern beobachtet wird, ist wohl mehr auf Kosten der vorausgegangenen Lues zu setzen. Die meisten Beobachtungen von hereditärer Tabes sind der Friedreich'schen Krankheit zuzuzählen. Es gibt wohl unstreitig Fälle von hereditärer Tabes (Beobachtung von Remak), doch sind dieselben äußerst selten. Das geringe Verhältnis von Tabikern im Jünglingsalter, die Tabiker zu Vätern haben, zu der großen Anzahl jener, welche Syphilitiker zu Vätern haben, weist unbedingt darauf hin, daß die hereditäre Syphilis die direkte Ursache der jugendlichen Tabes ist. Der Prozentsatz der Nervenerkrankungen bei Kindern von Tabikern ist sehr groß, doch muß auch hier die hereditäre Syphilis verantwortlich gemacht werden.

20) A. P. Puyo (Paris 1904). Des névrites gravidiques.

Im Verlaufe der Schwangerschaft kann man generalisierte Polyneuritis, auf obere oder untere Glieder lokalisierte Polyneuritis und Mononeuritis beobachten, bei denen als einzige Ursache die Schwangerschaft der Frau anzusprechen ist. Bei der generalisierten Neuritis sind nicht nur die Nerven der oberen und unteren Glieder, sondern auch der Facialis, der Phrenicus und der Vagus in Mitleidenschaft gezogen.

Die Mononeuritis wird an den Gliedern, am Rumpf, am Gesicht beobachtet. Besonders interessant ist jene, welche die Sinnesorgane betrifft. Die optische Neuritis kann beim Fehlen jeder Albuminurie beobachtet werden. Sie ruft Amblyopie oder Amaurose hervor und kann mit Opticusatrophie enden. Man beobachtet aber auch Störungen des Gehörs, des Geruches und des Geschmackes. Meistens heilt die Krankheit nach der Entbindung aus, doch sind drei Todesfälle beobachtet worden.

Diese graviden Neuritiden sind gewöhnlich begleitet von unstillbarem Erbrechen, oder dasselbe ist vorhergegangen. Beide Symptome (Neuritis und Erbrechen) haben eine gemeinsame Ursache, die Hepatotoxämie (Pinard). Selbstverständlich sind besonders sehr nervöse und hysterische Frauen diesen Zuständen ausgesetzt. Bei der Diagnose sind toxische, infektiöse und dyskrasische Neuritiden auszuschließen, ebenso die tuberkulöse und gonorrhoische. Therapeutisch soll die Kranke viel Milch bekommen, und man soll möglichst auf die Ausscheidung der Gifte einwirken (durch Einläufe, Kochsalzinfusionen, Purgantien, heiße Bäder). Erst wenn dies alles fruchtlos ist, soll die Frühgeburt eingeleitet werden.

21) P. Reinburg (Paris 1905). Les accès dits éclamptiques.

In der Klinik Baudelocque wurde 1 Eklampsie auf 294 Frauen beobachtet Die eklamptischen Krämpfe sind eine Manifestation von Autointoxikation bei Gravidität und sind fast stets von Albuminurie begleitet. Die Primiparen sind im Verhältnis von 2:1 der Erkrankung mehr ausgesetzt als die Multiparen. Man beobachtet immer eine arterielle Hypertension bei den davon betroffenen Frauen. Die prophylaktische Behandlung besteht in Milch- oder Wasserdiät und in Entfernung der Toxine durch Einläufe, vieles Trinken, Laxantien. Die Behandlung der Eklampsie an der Klinik Baudelocque besteht hauptsächlich in der Verabreichung von Chloral in großen Dosen. Das Chloroform wird nur dann angewendet, wenn man dem Chloral Zeit lassen muß, um zu wirken. Kochsalzinjektionen werden wegen Erhöhung des Blutdruckes als gefährlich verworfen, dagegen soll der Blutegel mit Vorsicht angewendet werden. Die geburtshilflichen Eingriffe sollen eine sekundäre Rolle spielen. Treten die Krämpfe während der Schwangerschaft auf, so pflegen die Wehen gewöhnlich sehr rasch selbst zu beginnen; erscheinen sie während der Wehen, so ist ein Eingriff ebenfalls unnütz, da die Austreibung gewöhnlich sehr rasch vor sich geht. Eingriffe seien nur dann indiziert, wenn sich die Austreibungsperiode verlängert; Forceps und Extraktion am Steiß sind dann gewöhnlich sehr leicht. Die Mortalität der Eklamptischen beträgt 19,2%. Die totgeborenen Kinder betragen $^1/_3$.

22) J. Cappon (Paris). De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme.

Man soll die Nachgeburtsperiode nie beschleunigen, im Gegenteil man soll warten, bis die Nachgeburt vollständig gelöst ist. Zurückgebliebene Kotyledonen können nach mehr oder minder langem Aufenthalt im Uterus ausgestoßen werden, ohne irgendwelche Komplikationen zu verursachen. Die beste Methode bei zurückgebliebenen Placentarresten ist die Ausräumung mit dem Finger.

23) G. Gallot (Paris). De la rétropulsion manuelle du cordon dans les procidences.

Die einzige Ursache der Nabelschnurvorfälle ist ein Mangel der Akkommodation zwischen Kopf und Becken während der Schwangerschaft; die fehlerhafte oder velamentöse Insertion der Nabelschnur spielt dabei eine große Rolle. Das Zurückbringen der Nabelschnur durch Einführen der ganzen Hand in die Vagina ist die beste Methode.

24) J. Izard (Paris 1905). La question du mariage dans la sténose mitrale.

Die Prognose der Schwangerschaft, kombiniert mit Mitralstenose, hängt von dem Grade der letzteren ab. Bei leichten Stenosen ist die Heirat zu erlauben, bei schweren zu verbieten, bei mittleren entscheidet die Prüfung des Atrium cordis. Während der Schwangerschaft soll Milchdiät eingehalten und Ermüdungen vermieden werden. Jedoch ist zu viele Bettruhe nicht zu empfehlen, da Stauungen im Lungenkreislaufe dadurch begünstigt werden.

25) M. G. Piquand (Paris 1905). Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus.

In einer 422 Seiten langen Arbeit kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen: Auf 100 Fibromyome degenerieren mehr wie 30. Bei 100 veränderten Fibromen fand er: 33 Fälle von fibröser Degenereszenz, 10 verkalkte, 25 ödematöse, 6 sarkomatöse, 9 Komplikationen mit Epitheliom, 4mal Nekrobiose, 3mal Suppuration, 3mal Gangrän, 7mal tubercystische Tumoren. Die meisten Degenerationen kommen zwischen 40 und 45 Jahren vor, d. h. in der Nähe der Menopause. Es sei daher die Folgerung zu ziehen, daß, wenn auch in einigen Fällen die Menopause eine Besserung oder Verkleinerung der Fibromyome herbeiführt, man in $^1/_3$ der Fälle die Degeneration derselben annehmen kann. Man soll daher die Kranken, wenn es irgend möglich und der Eingriff nicht zu gefährlich ist, vor dieser Zeit operieren.

G. Wiener (München).

4) L'obstétrique, 1906. Nr. 1.

1) P. Budin. Ernährung und Hygiene der Säuglinge.

Nach einem geschichtlichen Überblick kündigt Verf. eine Vorlesung über die einschlägigen Fragen der Ernährung der Neugeborenen und Säuglinge usw., sowie über die Pflichten an, die der Arzt nach dieser Richtung hin hat, und gibt sodann eine kurze Einteilung seines Vortrages.

2) Condert. Über das entzündliche Ödem des pericervicalen Zellgewebes.

Man beobachtet bisweilen im Wochenbett, speziell nach pathologischen Geburten, daß in der Gegend des unteren Teiles der Ligg. lata Tumoren entstehen, welche ihren Grund in einer ödematösen Durchtränkung des pericervicalen Gewebes haben und keine Neigung zur Vereiterung zeigen. Verf. beobachtete zwei derartige Fälle. Seine dabei gemachten Beobachtungen sind folgende:

Der Ursprung dieses Ödems liegt im Uterus; es entwickelt sich in dem Teile des Lig. lat., der gebildet ist nach hinten durch die Aponeurosis sacrorecto genitalis, nach vorn durch den unteren Teil der Aponeurosis umbilico-vesicalis, nach oben durch den Zusammenschluß dieser beiden und nach unten durch die obere Aponeurosis perinealis. In diesem Raume sind die uterinen und vaginalen Gefäße, die Ureteren und eine große Menge von Lymphgefäßen eingeschlossen. Die Erkrankungen dieses Gewebes kann man in zwei Gruppen einteilen, solche, die bald nach der Geburt auftreten, und solche, die erst später zur Erscheinung kommen.

Die erste Form setzt einige Tage nach der Geburt mit Fieber ein. Einige Schüttelfröste begleiten mehr oder weniger heftige Schmerzen im Unterleibe. Bei der Untersuchung erweist sich das Lochialsekret als normal, der Uterus ist nicht verändert, sein Muttermund ist geschlossen. Rechts oder links von ihm findet sich ein Tumor von beträchtlichem Umfange, der jedoch nie die Beckenwandungen erreicht. Nach oben steigt er bis zur Höhe des inneren Muttermundes herauf und wölbt nach unten das betreffende Scheidengewölbe etwas herab. Er ist hart, gespannt, nicht fluktuierend und nicht schmerzhaft. Das Charakteristische dieser Tumoren ist ihr schnelles Auftreten und ihr ebenso schnelles Verschwinden, sowie die bedeutende Größe, die sie annehmen können, und endlich ihre Beweglichkeit. Auffallend ist ferner, wie schnell sie ihre Situation verändern können. Heute links vom Uterus, können sie morgen rechts von ihm sich entwickeln. Die Fortpflanzung dieser Entzündung von einer Seite zur anderen geschieht durch das prä- und retrocervicale Bindegewebe. Wandert die Geschwulst auf diese Weise nach der anderen Seite herüber, so findet man an ihrem Ursprunge nur noch eine weiche, teigige Schwellung.

Die zweite, später auftretende Form erscheint 1—2 Wochen nach einer meist pathologischen Geburt. Für ein prädisponierendes Moment hält Verf. eine schlechte Involution des Uterus. Tritt zu dieser die geringste Form der Infektion oder ein Trauma irgendwelcher Art hinzu, so kommt es zur Entstehung eines entzündlichen Ödems des unteren Teiles des Lig. lat. Die Erscheinungen sind dieselben, wie bei der ersten, oben beschriebenen Form: Fieber, Entwicklung eines relativ großen, harten Tumors, starke Schmerzen im Abdomen. Zumeist bleibt diese Form des Ödems etwas länger — zumeist ca. 20 Tage — bestehen, als die erstere, die meist schon nach ca. 10 Tagen verschwindet.

Die Prognose ist eine günstige. Vereiterung der Tumoren tritt selten ein. Als Residuum bleiben hin und wieder ein oder mehrere, nicht schmerzhafte Stränge im Lig. lat. zurück, welche die Beweglichkeit des Uterus etwas herabsetzen können.

Als Therapie empfiehlt Verf. absolute Bettruhe, heiße Scheidenspülungen. Sollten hierauf die Schmerzen nicht verschwinden, so tut oft eine Eisblase auf den Leib und etwas Morphium gute Dienste. Alles in allem ist die Behandlung eine sehr einfache; die Hauptsache besteht in Ruhe und absoluter Schonung des Uterus und der Adnexe vor Untersuchung usw.

3) Trillat und Latarjet. Extraktion des abgerissenen und im Uterus zurückgebliebenen Kopfes.

Der kindliche Kopf kann bei der Extraktion des Fötus aus verschiedenen

Gründen abreißen, so, wenn es sich um eine mazerierte Frucht handelt, oder wenn die Entbindungsversuche bei normaler Frucht zu gewaltsam oder mit mangelhafter Technik ausgeführt werden. In den frühen Monaten der Schwangerschaft kann auch ein nicht genügend erweiterter Muttermund die Veranlassung abgeben. Bei ausgetragener Frucht liegt die Schuld oft an einem zu engen Becken oder zu engem Muttermund, oder es handelt sich um angeborene Mißbildungen der Gebärmutter. Einen weiteren Grund kann die exzessive Größe des kindlichen Kopfes bilden, so hauptsächlich bei Hydrocephalie oder auch bei Encephalokele. Schließlich kann auch eine falsche Zugrichtung bei der Extraktion der Frucht oder eine falsche Einstellung ihres Kopfes schuld sein, indem sich z. B. das Kinn hinter der Symphyse verhakt. Auf Grund von Experimenten konnten Verff. feststellen, daß ein Zug von 40 kg Gewicht genügt, um den Kopf vom Rumpfe des Kindes abzureißen, allerdings meist nur dann, wenn der Zug durch seitliche Bewegungen des Rumpfes gegen den Kopf unterstützt wurde.

Ist der Kopf abgerissen, so kann es zu einer spontanen Ausstoßung desselben kommen, die entweder durch starke Uteruskontraktionen sehr bald, oder aber erst nach 3—8, selbst 20 Tagen erfolgen kann. Ja, es sind selbst Fälle beobachtet worden, wo erst nach mehreren Jahren der Kopf ausgestoßen wurde.

Bleibt der Kopf im Uteruscavum zurück, so können Krankheitserscheinungen der verschiedensten Art auftreteten, so Fieber, Blutungen, Uterusruptur und Uterusfisteln, zumeist nach der Blase, seltener nach dem Peritonealraum oder dem Darmkanal zu. Diese Fisteln entstehen dadurch, daß die durch Mazeration freigelegten Schädelknochen die Uteruswand perforieren.

Die Entfernung des abgerissenen Kopfes kann auf verschiedene Weise erfolgen entweder vaginal oder abdominal. Das einfachste Verfahren besteht darin, daß man mit der Hand in den Uterus eingeht und mit dem Mauriceau'schen Handgriff den Kopf extrahiert. Unterstützt kann diese Operation durch den Druck von den Bauchdecken aus werden. Aussicht auf Erfolg haben diese Handgriffe jedoch nur, wenn das Becken nicht zu eng und der Kopf nicht zu groß ist. Sonst empfiehlt es sich, vor der Extraktion den Kopf zuerst zu perforieren und ihn dann mit dem Kranioklast zu extrahieren, eine Methode, die speziell bei Hydrocephalie indiziert ist.

Ist der Muttermund geschlossen, so ist die Entfernung des Kopfes auf vaginalem Wege nicht möglich. Dann muß zur Sectio caesarea resp. zur Porro-Operation geschritten werden. Man wird sogar hin und wieder infolge Blutung oder Infektion zur Totalexstirpation des Uterus gezwungen sein können.

4) Loguinoff. Sectio caesarea.

27jährige Frau hat in ihrer Jugend eine Beckenvereiterung durchgemacht. Ober- und Unterarme, sowie Rippen sind in mäßigem Grade rachitisch verändert. Die Hüftgelenke sind ankylotisiert, derart, daß die Knie sich berühren. Die Beckenneigung beträgt nur 45°, der Winkel zwischen Os sacrum und Wirbelsäule 70°. Die Beckenmaße sind: Tr.: 28, Conj. ext.: 16, diag.: 8 cm. Da eine Entbindung per vias naturales nicht möglich war, so wurde zur Sectio caesarea geschritten, die normal verlief, ebenso das Wochenbett.

5) L. Bouchacourt. Superfötation und Fehldiagnosen derselben.

Es ist falsch, anzunehmen, daß jedes Kind, das ein geringeres Gewicht hat, als der Norm entspricht, zu früh geboren ist. Wenn eine Schwangerschaft nicht an ihrem physiologischen Ende unterbrochen worden ist, so ist es nicht richtig, diesen Widerspruch auf einen Irrtum der Frau zu schieben, oder eine der Schwangerschaft vorangegangene Amenorrhöe anzunehmen. Bei vielen Erkrankungen der Mutter, die zu Kachexie führen, speziell bei Albuminurie, bleibt die Entwicklung des Kindes hinter der Norm zurück. Hierbei ist es aber falsch, ohne bestimmte Anhaltspunkte anzunehmen, daß die frühzeitige Geburt eine häufige Erscheinung ist.

Bei einem schwächlichen Kinde soll man eine günstige Prognose für sein Weiterleben nur dann stellen, wenn man sich durch die Röntgenaufnahme über den Zustand seines Skelettes unterrichtet hat, da das Äußere, das Gewicht usw. des Kindes allein ein sicheres Urteil nicht zulassen. **F. Runge** (Berlin).

Verschiedenes.

5) **Vautrin** (Nancy). Betrachtungen über den totalen Mangel der Vagina und seine chirurgische Behandlung.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. Février.)

Es ist die Frage, ob Fälle von vollständigem Mangel der Scheide, wenn eine Retention des Menstrualblutes nicht vorliegt, überhaupt einer chirurgischen Intervention zu unterziehen sind. In der Tat wird eine Frau, die über ihre Lage aufgeklärt ist, kaum ein Verlangen auf Änderung ihres Zustandes besitzen und wird für immer auf die Ehe verzichten. Denn der Geschlechtstrieb fehlt in solchen Fällen, und es besteht auch keine Aussicht, ihn durch Schaffung einer Scheide zu wecken. Anders, wenn bereits eine eheliche Verbindung geschlossen ist. Dann wird man unbekümmert um Einwände moralischer und philosophischer Natur zum Messer greifen, um so mehr als die Operation, die eine künstliche Scheide schaffen soll und so den zu einer glücklichen Ehe notwendigen Geschlechtsverkehr ermöglicht, bei unserer heutigen Technik als ungefährlich zu bezeichnen ist. Die einfache Inzision und die Bildung der Scheide mittels teils scharfem, teils stumpfem Vordringen gibt keine befriedigenden Dauerresultate, es ist notwendig, die Zuflucht zu plastischen Operationen zu nehmen. Verf. hat an einem Falle, den er eingehend beschreibt, aus zwei Hautlappen, die in der Gegend der Genitocruralfurchen entnommen waren, eine Art Handschuhfinger gebildet und diesen mit der blutenden Fläche nach außen in die künstliche, durch Messer und stumpfes Vorgehen geschaffene Höhlung eingestülpt. Der Erfolg war ausgezeichnet. Die Frau kann ihren ehelichen Pflichten Genüge leisten und findet dabei sogar geschlechtliche Befriedigung. Die Länge der künstlichen Vagina, die anfangs 8,5 cm betrug, ist nach Verlauf von 4 Jahren auf 5 cm zurückgegangen. Ein Nachteil besteht, nämlich die menstruellen Beschwerden, die regelmäßig alle Monate auftreten, sind von zunehmender Intensität. Hier und in solchen Fällen überhaupt, wäre Verf. sehr geneigt, die Verbindung der Uterushöhle mit der künstlichen Scheide durch einen zweiten Eingriff zu befürworten.

Frickhinger (München).

6) **I. Vanverts** (Lille). Stieltorsion der Parovarialcysten.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. Février.)

Das Studium der Stieltorsion der Parovarialcysten zeigt, daß dieses Vorkommnis durchaus ähnlich ist der Stieltorsion der Ovarialkystome. Es ist wohl viel seltener — in der Literatur konnten im ganzen nur 16 Fälle ausfindig gemacht werden —, was daher kommt, daß Parovarialcysten im allgemeinen ligamentär sitzen. Wenn sich jedoch ein Stiel gebildet hat, so kann er in gleicher Weise der Torsion unterliegen wie bei Ovarialkystomen. Die Erscheinungen der Torsion sind bei Parovarialcysten häufig weniger intensiv als bei Ovarialtumoren, weil der Stiel bei jenen oft eine erhebliche Breite besitzt. Trotzdem erheischt aber jedes derartige Vorkommnis nicht minder chirurgische Intervention wie intracystöse Hämorrhagien, Ruptur der Cyste, Kompression derselben usw., Ereignisse, welche die Erscheinungen einer Torsion vortäuschen können. **Frickhinger** (München).

7) **B. Müller.** Über mangelhafte Entwicklung der Genitalien und Mißbildung des Uterus.

(Prager med. Wochenschrift 1905. Nr. 34—36.)

Zwerghafte Frau mit anfallsweisen Molimina periodica, ohne menstruelle Blutung. Allgemein hypoplastisches Genitale. Obliteration des Cervicalkanales und der Uterushöhle. Amputation der Portio, deren histologische Untersuchung Bindegewebswucherung und Schrumpfung wie bei seniler Involution und Epitheldegeneration ergibt. Die Cervicaldrüsen mit sternförmigem Lumen, atrophisch. Dies die Hauptsache des ausgedehnten, durch stete Wiederholungen ungebührlich ausgedehnten Aufsatzes. **Knapp** (Prag).

8) O. v. Franqué und A. Garkisch. Beiträge zur ektopischen Schwangerschaft.

(Zeitschrift für Heilkunde 1905.)

Bericht über zwei Fälle. 1) Implantation des Ovulums in einen nach dem Uterus zu blindendigenden Tubengang; sekundäre Ruptur der Tube fern von der Placentarstelle nach vollständiger Ausstoßung des 3wöchigen Ovulums aus der Fruchtkapsel. 2) Graviditas interstitialis mensis II. Ruptur, Resektion des linken Uterushornes.

Krankengeschichten und ausführliche Beschreibung der Präparate mit 18 Fig. im Text und 2 Tafeln.

In bezug auf die interessanten Details und epikritischen Bemerkungen ist das Original einzusehen. **Knapp** (Prag).

9) O. Falk (Hamburg). Moderne Fragen der Wochenbettdiätetik.

(Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Nr. 385.)

Verf. führt in kritischer Beleuchtung einige neuere Anschauungen über Wochenbettpflege vor. Zuerst behandelt er die Pflege der Bauchdecken im Wochenbett. Er bespricht das Bandagieren des Leibes der Frischentbundenen und das Tragen einer Leibbinde beim Verlassen des Bettes. Er geht dann näher ein auf die verschiedenen Methoden und gymnastischen Übungen zur Kräftigung der Bauchdecken und des muskulösen Beckenbodens der Wöchnerin. Die Diät der Wöchnerin bespricht F. eingehend. Er hebt besonders die in Nr. 49, 1905 dieser Zeitschrift vom Ref. abgehandelte Arbeit v. Winckel's über die Ernährungstherapie bei Krankheiten der Frauen hervor und gibt den v. Winckel'schen Kostzettel ebenso wie den Blau'schen in extenso wieder. Die alte Wassersuppenkost ist heutzutage streng verpönt. Von den verschiedenen Methoden der Mastitisprophylaxe hält F. die Fehling'sche für die rationellste, der vor und nach dem Trinken des Säuglings die Warzen mit abgekochtem Wasser abwaschen und die Brüste mit einem sauberen Tuche bedecken läßt, unter besonderer Berücksichtigung der Reinlichkeit der mütterlichen Hand.

Dann folgen Anordnungen für die Wochenpflegerinnen in bezug auf die Reinigung der Genitalien und die Temperaturmessung. Zum Schluß handelt F. die Frage nach der Dauer der Bettlägerigkeit der Wöchnerinnen und nach deren Verhalten während derselben ab. Im allgemeinen wird heutzutage das Frühaufstehenlassen derselben perhorresziert. Auch hier hält F. ein individualisierendes Vorgehen für das richtige. **Zurhelle** (Bonn).

10) P. Bergell und W. Liepmann. Über die in der Placenta enthaltenen Fermente.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 46.)

Die Verff. unternahmen es, mit Hilfe chemischer Untersuchungsmethoden die menschliche Placenta auf ihren Gehalt an Fermenten zu untersuchen. Durch Hofbauer wurden bereits Albumosen in der Placenta gefunden, d. h. Abbaustoffe der Eiweißsubstanzen, die weder im mütterlichen noch im kindlichen Blute vorkommen. Die Verff. versuchten durch die Methoden direkter Einwirkung des Placentargewebes auf verschiedene Flüssigkeiten exakte Resultate zu erzielen. Es wurde so ein beträchtliches stärkelösendes, diastatisches Ferment nachgewiesen. Ebenso wurde das Vorhandensein eines eiweißspaltenden Fermentes in großer Menge konstatiert. Es spielen sich nach diesen Versuchen in der Placenta jedenfalls stark fermentativ abbauende, wahrscheinlich aber auch synthetisierende Prozesse ab, auf die man in Zukunft sowohl bei der Beobachtung der Physiologie des Fötus als auch der Pathologie der Schwangeren sein Augenmerk richten muß.

Frickhinger (München).

11) Lingel (Bamberg). Zur Verhütung des Puerperalfiebers.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 45.)

Verf. hält die von Dörfler gebrachten Vorschläge (s. mein Referat, dieses Zentralblatt 1905 p. 1230), deren Hauptpunkt die obligatorische Einführung von

Gummihandschuhen für die Hebammen betrifft, nicht für genügend bzw. für praktisch nicht durchführbar. Das Übel muß an der Wurzel angefaßt werden. Es ist eine Umgestaltung der ganzen Hebammenorganisation und des Unterrichtes notwendig. Nur mehrjähriger Anschauungsunterricht vermag bei dem Mangel der intellektuellen Vorbildung die Sicherheit der Durchführung der aseptischen Maßregeln zu gewährleisten, wenn infolge langer, täglich betätigter Übung die Macht der Gewohnheit Gewalt über die Hebamme bekommen hat. Als Grundlage für die Änderung des Betriebes fordert Verf., daß sämtliche Hebammen und Kandidatinnen eines Staates einem Verband angehören, dessen Ausbau nach dem Grundsatz etwa des Frauenvereins vom roten Kreuz erfolgt.

Ist eine solche Umgestaltung nicht möglich, so ist vorerst jedenfalls die Änderung zu treffen, daß den Hebammen die innere Untersuchung strikte zu verbieten ist. Verf. sucht den Nachweis zu liefern, daß die Geburtshilfe die innere Untersuchung von seiten der Hebamme schadlos missen kann.

Frickhinger (München).

12) **F. Jayle.** Liste et définition des déviations de l'utérus.

(Presse méd. 1905. Nr. 97.)

Bei der gesunden, normalen Frau steht die Gebärmutter in der Medianlinie, leicht nach vorn geneigt, ist gerade gerichtet und hat ihre Zentralachse in der Beckenachse. Von dieser idealen Lage können Abweichungen sowohl in sagittaler als auch in transversaler Richtung vorkommen. So kann die Gebärmutter, ohne ihre Form zu verändern, in toto nach vorn oder rückwärts rücken, oder auch gleichzeitig nach vorn oder rückwärts gebeugt sein. Andererseits können verschiedene Laterodeviationen vorkommen, außerdem einfache Ante- und Retroflexionen, kurz die Lage- und Beugeveränderungen des Uterus sind von einer außerordentlichen Mannigfaltigkeit. Ferner muß man zwischen beweglichen oder reduzierbaren Deviationen und unbeweglichen oder unreduzierbaren unterscheiden. In letzterem Falle kann die Gebärmutter adhärent und nicht adhärent sein.

E. Toff (Braila).

13) **R. Bauer** (Wien). Die Bier'sche Stauung in der gynäkologischen Praxis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

An der Lott'schen Abteilung hat Verf. mit einem von Lindenthal konstruierten Saugspekulum eine Reihe von gynäkologischen Erkrankungen (Erosionen, Cervixkatarrhe, Endometritiden, Metritiden, Amenorrhöen) behandelt.

Nach höchstens 5 Minuten dauernder Stauung wurde wieder Luft einstreichen gelassen, um dann wieder — nie aber öfter als 15 Minuten — zu stauen. Alle Frauen klagten während der Behandlung über sehr heftige Schmerzen im Uterus und Abdomen.

Bei Erosionen war die Methode erfolglos. Bei Metritis sah Verf. gute Resultate — oft schon nach wenigen Sitzungen. Bei Cervixkatarrh und Endometritis waren die Resultate oft gut, jedoch stellten sich die Beschwerden nach längerem Aussetzen der Behandlung wieder ein. Bei einem einzigen Falle von Amenorrhöe wurde Erfolg erzielt. Vor Anwendung der Stauung bei Abortus warnt B., dagegen rät er die neue Methode gegen Dysmenorrhöe bei spitzwinkliger Anteflexion zu versuchen.

Jedoch ist die Analogie mit dem von Bier gerade bei akuten Eiterungen angegebenen Verfahren für die Gynäkologie nicht aufrecht zu erhalten, da akut entzündliche oder Eiterfälle von vornherein von der Behandlung auszuschließen sind.

Keitler (Wien).

14) **M. van Herwerden.** Puerperium.

(Nederl. Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie 1906. Dezember.)

Verfasserin untersuchte verschiedene puerperale Uteri von Cercocebus cynomolgus, einem katarrhinen Schwanzaffen aus der Selenka'schen und Hubrecht-schen Sammlung, von den frühesten Stadien (wo die Eihüllen sich noch in der Cervix

befanden) bis zur völligen Regeneration. Die Arbeit wurde im Anschluß an eine Untersuchung über den menstruellen Zyklus[1] desselben Tieres unternommen, mit dem Ziele die Duval'sche Hypothese über die mögliche Regeneration von Epithel aus Stromaelementen nachzuprüfen. Beweisgründe für diese Hypothese wurden nicht gefunden; im Gegenteil geht aus ihrer Beschreibung hervor, daß die Bedeckung der Wundfläche an den beiden Placentarstellen (Cercocebus hat eine bidiskoidale Placenta, die eine dorsal, die andere ventral) ausgeht vom Epithel der während der Schwangerschaft persistierenden Drüsen.

In einem von Verfasserin untersuchten hochschwangeren Uterus von Cercocebus ist sowohl an den Placentarstellen wie intraplacentar die zukünftige Trennungslinie schon an verschiedenen Stellen angedeutet durch eine Schicht mit zerfallendem Gewebe und kleinen Extravasaten. Die Lösung bei der Geburt findet statt an der Grenze von Pars compacta und Pars glandularis, in der Weise, daß einerseits viele Drüsen geöffnet werden, während andererseits auch Reste der Compacta haften bleiben, besonders an den Placentarstellen. Auch extraplacentar wird ein Teil der Pars compacta mit den Eihüllen abgestoßen. Durch die Retraktion des Corpus uteri post partum haben sich die in die Breite ausgedehnten Drüsen der späteren Schwangerschaftsstadien umgewandelt in öfters radiär gestellte Räume, welche an den Placentarstellen mit Blut gefüllte Schalen bilden und durch schmale unregelmäßige Septa voneinander getrennt sind. Der Epitheldefekt direkt nach der Geburt ist demzufolge ein sehr geringer; denn nur an der Oberfläche der Septa und an Stellen, wo Teile der Compacta haften bleiben, fehlt eine Epithelbedeckung.

Nachdem der oberflächliche Teil der Septa der Nekrose verfallen ist, fängt das Epithel der Placentarstellen und des extraplacentaren Gebietes zu wuchern an. Regressive und progressive Vorgänge gesellen sich zueinander; regressiv wo Polymorphie, Polychromasie, Riesenwuchs der Kerne, Zerfall derselben in kleine Bröckchen die Degeneration einleiten, progressiv wo eine Drüse seine Ausläufer mit jungen Zellen zwischen das umgebende Stromagewebe sendet, welche eine neue Verbindung mit dem Uterusraum darstellen werden[2]. Diese letzteren Zellen könnte man für junge Gefäßsprossen halten, falls ihr deutlicher Zusammenhang mit Drüsenepithel dies nicht widerlegte. In den gewucherten Epithelien findet man nebst Riesenkernen und Zellen im Anfange der Fragmentation viele Kernnester mit kleinen Kernen, welche zusammen noch die Gestalt des Mutterkernes tragen. Dieser Befund in Zusammenhang mit der Tatsache, daß ein Überschuß von Epithelium gebildet wird, ohne daß Mitosen nachzuweisen sind, leitet zu der Annahme eines amitotischen Teilungsprozesses dieser Phase der Regeneration. Ein großer Teil dieses gewucherten Drüsen- und Oberflächenepithels geht später wieder zugrunde. Die definitive Regeneration findet durch mitotische Teilung statt und geht wahrscheinlich aus vom Epithel der Drüsenfunde, wo degenerative Veränderungen und Kernfragmentation während der Wucherungsperiode fehlen.

Die großen Stromazellen der schwangeren Uteri, welche vergleichbar sind mit den Deciduazellen der menschlichen Gravidität, findet man im frisch puerperalen Uterus in allen Stadien der Degeneration; lebensfrischere zwischen diesen degenerierten Elementen spielen vermutlich eine Rolle bei der Regeneration der Schleimhaut, welche aber zum Teil ausgeht von dem intermuskulären Bindegewebe, das in bestimmten Phasen des Puerperiums äußerst zellreich ist, und in direktem Zusammenhange steht mit den tiefen Schichten der Mucosa. (An den Placentarstellen ist die Grenze zwischen Schleimhaut und Muscularis im puerperalen Uterus eine sehr wenig scharfe.) Sehr bedeutend ist die Infiltration von Stroma und Epithelium mit Lymphocyten, welche bis spät im Puerperium anhält. Diese Lymphocyten werden in großer Menge mit den Gefäßen angeführt. Vielkernige (sog. serotinale) Riesenzellen, wie sie in der Mucosa und in der Muscularis des

[1] Bijdrage tot de kennis van menstruelle Cyclus en Puerperum. Inaug.-Diss., Utrecht 1905.

[2] Mikrochemische Reaktionen auf Fett usw. konnten, der Fixation in Pikrin-Schwefelsäure wegen, nicht angefertigt werden.

menschlichen Puerperiums beschrieben sind, wurden bei Cercocebus nicht gefunden. Bei der Beschreibung des schwangeren Uterus von katarrhinen Schwanzaffen haben schon Strahl und Happe erwähnt, daß das »Syncytium« auf die Umgebung des intervillösen Raumes beschränkt bleibt und nicht in die Tiefe wuchert, eine Beobachtung, welche bei den von Verfasserin untersuchten Uteri bestätigt wurde[3].

Die wichtige Frage nach der Herkunft der großen ein-, selten zweikernigen Zellen, welche man bei Cercocebus in den Venenwänden antrifft, wurde in Erwägung gezogen, ohne eine definitive Antwort zu erlangen. Die Möglichkeit, daß Cytotrophoblastelemente (Zellen der Langhans'schen Schicht) als Wanderzellen die mütterlichen Gefäße begleiten, muß ins Auge gefaßt werden, obgleich die Tatsache, daß einzelne dieser großen Zellen in der Gefäßadventitia bisweilen im spätpuerperalen Uterus in nicht degeneriertem Zustande zurückgefunden werden, wenn die Mucosa sich übrigens wieder vollkommen regeneriert hat, nach der Ansicht von Verfasserin mehr für eine Genese in loco aus mütterlichen Bindegewebszellen spricht. Elemente des Plasmoditrophoblast (Syncytium) sind es jedenfalls nicht; diese haben einen durchaus anderen Aspekt und kommen, wie gesagt, außerhalb des »Basalsyncytiums« von Strahl (die schmale Plasmoditrophoblastschicht, welche den intervillösen Raum an der mütterlichen Seite begrenzt) nicht vor.

Beobachtungswert ist bei Cercocebus die hyaline Umwandlung der großen thrombosierten Venae an den Placentarstellen, welche sich nicht selten ausdehnt auf die noch funktionsfähigen Gefäße in der Pars busculosa der Muscularis, deren gewucherte Intima nur ein enges Gefäßlumen übrig läßt. Primi- und Multiparität beeinflussen wahrscheinlich diese quantitativen Unterschiede. Fast immer nachzuweisen im spätpuerperalen Uterus ist ein radiär gerichteter, breiter, hyaliner Streifen an beiden Placentarstellen. Lumenwärts von diesem hyalinen Gebiete bleibt bei übrigens vollkommen neugebildeter Mucosa der Stromabelag äußerst schmal, das Epithel kubisch oder abgeflacht. Nur an diesem Orte, wo tiefe Drüsenfundi natürlich fehlen, wurde Drüsenneubildung vom Oberflächenepithel aus beobachtet. Merkwürdig ist das Eindringen der Epithelschläuche in die hyaline Substanz hinein, ein Vorgang, welcher an verschiedenen Uteri nachzuweisen war. Im Zentrum des hyalinen Streifens eingebettet, schieben sich die Drüsen bis tief in die Mucosa, ja bis tief in die Muscularis hinein, während sie im übrigen Teile der Schleimhaut nur kurze Schläuche bilden. Wahrscheinlich bietet der neulich organisierte Thrombus einen Locus minoris resistentiae gegen die einfressende Wirkung der jungen Drüsenzellen.

Nebst der hyalinen Metamorphose der großen Venae an den Placentarstellen ist auch die ausgiebige Eisenpigmentation der Schleimhaut kennzeichnend für den Uterus, welcher geboren hat. Die Hämosiderme, welche deutliche Eisenreaktion gibt, liegt in Wanderzellen angehäuft, vielfach in den die Gefäße begleitenden Lymphspalten. Man findet sie noch bei vollkommen restorierter Mucosa, wenn nur noch der Zustand der Pars vasculosa auf einen stattgehabten Partus hindeutet. Diese Blutderivate werden allmählich vom mütterlichen Organismus resorbiert, und werden nicht, wie dies bei Tupaja javanica nachzuweisen war, direkt in den Drüsen der Schleimhaut verarbeitet zur Nährung einer neuen Frucht.

(Selbstbericht).

---

[3] Strahl und Happe, Über die Placenta der Schwanzaffen, Menschenaffen. 8. Lieferung 1905.

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 32. **Sonnabend, den 11. August.** **1906.**

I.

Die Pubotomie mit der Nadel.

Von

E. Bumm.

Immer wieder tauchen neue und zumeist recht wenig praktische Vorschläge zur Ausführung der Beckenspaltung auf. Es scheint mir unter diesen Umständen angebracht, diejenigen Kollegen, welche nicht in der Lage sind, die verschiedenen Methoden zu erproben, und sich im Notfalle für irgendeines der beschriebenen Verfahren entscheiden müssen, die Pubotomie mit der Nadel nochmals zu empfehlen. Sie hat sich uns seit der Veröffentlichung von Stoeckel (d. Bl. Nr. 3) bei der Prüfung in weiteren 13 Fällen als eine Methode erwiesen, die an Einfachheit, Sicherheit und Ungefährlichkeit kaum mehr etwas zu wünschen übrig läßt.

Die Nachteile der Symphysiotomie waren die großen Wunden mit ihrer Gefahr der Blutung, des Weiterreißens und der Infektion, dazu kam die Schwierigkeit der Nachbehandlung. Mit der Pubotomie nach Gigli stand es in dieser Hinsicht nicht besser. Erst Doederlein hat durch die Anlegung kleiner Schnitte und die subkutane Durchsägung diese Nachteile vermeiden gelehrt. Die Nadel gestattet noch einen Schritt weiter zu gehen, es entstehen bei ihrer Verwendung überhaupt nur zwei kleine Stichöffnungen, welche ohne weiteres durch

Kompression verschlossen werden und die ganze Knochen- und Weichteilverletzung zu einer wirklich subkutanen machen, bei der die Wundheilung wie bei einem unkomplizierten Knochenbruch verläuft und eine besondere Nachbehandlung überhaupt nicht mehr nötig ist. Anfänglich gelang es uns nicht immer, mit der subkutanen Durchsägung eine genügende Erweiterung des Beckenringes zu erzielen und ich hatte, gewöhnt an das weite Auseinanderklaffen der Knochen nach der Symphysiotomie, Bedenken, ob bei der Verwendung der Nadel, besonders bei stärkeren Graden der Verengerung bis zu 7 cm und weniger, genügend Raum zur sicheren und leichten Durchführung der Frucht gewonnen werden könne. Diese Bedenken sind aber durch einige Verbesserungen der Methode beseitigt worden, es läßt sich, wie ich auf Grund unserer heutigen Erfahrung sagen kann, auch bei stärkerer Verengerung bis zu knapp 7 cm Conj. vera noch eine gute Erweiterung erzielen.

Die von uns verwendete Nadel ist von Stoeckel[1] beschrieben und abgebildet worden. Ich habe der Beschreibung nichts hinzuzufügen und gebe im folgenden nur das Verfahren wieder, wie wir es jetzt anwenden.

Die Frau liegt mit hochgezogenen Beinen in Steinschnittlage auf dem Untersuchungsstuhl oder im Privathause auf einem hohen Tische. Der Operateur orientiert sich zunächst durch sorgfältige Betastung über die Höhe und Form der Symphyse, die er mit Daumen und Zeigefinger zu umgreifen sucht. Ist der Knochen gut durchgefühlt, so wird fingerbreit links oder rechts von der Mittellinie, nachdem die Klitoris mit der kleinen Labie gegen die andere Seite gezogen ist, zwischen großer und kleiner Labie dicht am unteren Rande des Schambogens die Nadel mit hocherhobenem Griff durch die Haut eingestochen. Indem man den Griff allmählich senkt, gleitet die Nadel um den unteren Rand der Schoßfuge herum und auf deren hinterer Fläche nach oben. Der in die Vagina eingeführte Zeigefinger leitet dabei die Nadel, deren scharfe Spitze man deutlich am Knochen nach oben streichen fühlt. Sobald die Spitze der Nadel den oberen Rand der Schoßfuge erreicht hat, wird der Griff stark gesenkt, die Spitze dringt dann, die Haut oberhalb der Schoßfuge hervorhebend, nach vorn heraus, und kann unter Gegendruck von außen leicht durchgestoßen werden. Nun wird die Gigli'sche Drahtsäge in das Öhr der Nadel eingehängt und, indem man die Nadel zurückzieht, hinter den Knochen durch und zu der unteren Einstichöffnung herausgeführt.

Das ganze Manöver ist viel schneller vollendet, als man es beschreibt. Wer nicht auf die Venenplexus der Klitoris achtet, kann diese anstechen, wer nicht am Knochen bleibt, die Blase verletzen. Diese Zufälle sind aber leicht zu vermeiden, ich habe sie bei zwölfmaliger Durchführung der Nadel nicht erlebt, in einem Falle, wo in der Klinik eine Blasenverletzung passierte, ist sie nur durch Ablaufen von Harn durch die untere Stichöffnung bemerkbar gewesen und ohne

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1906. Nr. 3.

Komplikation von selbst geheilt. Solche Verletzungen sind mit jedem Instrumente möglich und bekanntlich auch sehr oft vorgekommen.

Ist die Krümmung der Nadel aber genau den anatomischen Verhältnissen entsprechend gewählt, dann ist es schon ein größeres Kunststück in die Blase zu kommen, als zwischen ihr und dem Knochen vorbei. Jedenfalls ist die Möglichkeit irgendeiner Verletzung kein Grund, die Nadel zu verlassen, ein ungeschickter Operateur kann mit jedem Instrument eine unbeabsichtigte Verletzung hervorrufen. Bei der Beckenspaltung werden aber bekanntlich gerade die schwersten Verletzungen nicht durch die Spaltung der Weichteile und des Knochens selbst, sondern nachher bei der Entbindung bewirkt.

Das Durchsägen des Knochens mit dem Gigli'schen Draht hat uns nie Schwierigkeiten bereitet. Man soll den Draht, bevor man zu sägen anfängt, gut anspannen und nicht am oberen oder unteren Knochenrande scharf abknicken, sondern flach bogenförmig sägen, als ob man den Knochen mit dem Draht in die Höhe heben wollte, ein Rat, der übrigens schon von den alten Chirurgen für den Gebrauch der Kettensäge gegeben wird. Sägt man richtig, so ist in 6—10 Zügen das Schambein durchtrennt, ich habe in den drei Fällen von Pubotomie, welche ich in diesem Semester während der Klinik vor meinen Zuhörern ausführte, zur Durchführung der Nadel und Durchsägung einmal 1 Minute, einmal $1^1/_2$ Minuten und einmal, wo der Draht in das Nadelöhr schlecht eingehängt war und beim Zurückziehen der Nadel losriß, so daß die Nadel zum zweitenmal um den Knochen herumgeführt werden mußte, 3 Minuten gebraucht.

Aus den beiden Stichöffnungen ergießt sich schon beim Sägen, und noch mehr nach dem Herausziehen des Drahtes Blut. Es genügt aber die Kompression mit einem Gazetupfer von der Vagina und von außen her, um die Blutung rasch zu stillen und die Bildung eines Hämatoms zu verhindern. Wir komprimieren auch nach der Entbindung mittels eines in die Scheide gelegten Gazetampons, und von außen mittels fest angedrückter Kompressen die Stelle der Durchsägung etwa 12 Stunden lang kräftig und haben, seitdem wir dies tun, in den letzten zwölf Fällen keine Hämatome um die Sägefläche des Knochens mehr gesehen. In den ersten Fällen, wo nicht genügend komprimiert worden war, entstanden größere, einmal sogar ein überfaustgroßer Bluterguß. Um am ersten Tage den Verband nicht wechseln zu müssen, legen wir sogleich nach der Entbindung einen Pferdefußkatheter in die Blase, der mit einem Gummischlauch versehen ist und für 24 Stunden den Urin in eine zwischen den Beinen der Frau liegende Ente ableitet.

Die Heilung der Knochenwunde ist in allen Fällen, ohne daß komplizierte Verbände nötig waren, reaktionslos mit relativ geringem Callus erfolgt. Die Knochenenden, die nach der Durchsägung in der Breite von zwei Fingern auseinander weichen und sich beim Durchziehen des Kopfes soweit entfernen, daß man drei Finger in den Spalt einlegen kann, nähern sich alsbald nach der Entbindung von selbst wieder

so weit, daß man oft Mühe hat, nach einigen Tagen den Spalt noch zu fühlen. Eine straff angelegte Laparotomiebinde hat stets genügt, das Becken zu fixieren. Durch Radiogramme, welche Herr Stabsarzt Hocheisen zu verschiedenen Zeiten der Rekonvaleszenz angefertigt hat und demnächst veröffentlichen wird, ist die Weite des Spaltes und die Art der Verheilung in allen Fällen kontrolliert worden.

Diese Röntgenbilder haben uns auch über die Umstände belehrt, welche die Erweiterungsfähigkeit des Beckenringes nach der Durchsägung beeinflussen. Je weiter die Sägelinie von der Symphyse hinweg nach außen verlegt wird, desto geringer ist die Neigung zum Klaffen. Wird zudem der Knochen nicht parallel zur Symphyse, sondern in schräger Richtung durchsägt, was leicht geschieht, wenn man beim Sägen die Griffe schräg hält, so kann die Erweiterungsfähigkeit trotz völliger Durchtrennung des Knochen eine sehr geringe bleiben oder vollständig fehlen, was uns in dem zweiten Falle passiert ist und dem Kinde das Leben gekostet hat. Auch die Neigung zur Blutung ist größer, wenn man mit der Durchsägung mehr nach außen geht. Für uns besteht deshalb die Regel, die Nadel ganz nahe an der Symphyse, fast in der Mittellinie durchzuführen und auch nahe der Symphyse zu durchsägen. Es ist kein Unglück, wenn einmal der Draht die Symphyse selbst durchschneidet. Je näher der Mittellinie durchsägt wurde, desto leichter und weiter klaffte der Schnitt.

In einem Falle wurde die Durchsägung und die Nachbehandlung in der Poliklinik mit bestem Erfolge durchgeführt. Ich würde nach meinen Erfahrungen keinen Augenblick zögern, die Pubotomie mit der Nadel, welche keine besonderen Vorbereitungen, keinen komplizierten Apparat und keine besondere Nachbehandlung erfordert, auch im Privathaus anzuwenden, und glaube nicht zu weit zu gehen, wenn ich in ihr diejenige Methode sehe, welche uns in Zukunft in der Klinik sowohl wie zu Hause über die Schwierigkeiten stärkerer Grade von Beckenverengung ohne Schädigung der Mutter und des Kindes am einfachsten hinwegbringt.

Im übrigen steht es bei der Pubotomie mit der Nadel wie bei der Symphysiotomie. Wer gute Erfolge haben will, muß nicht nur die Knochendurchtrennung exakt und ohne Nebenverletzungen ausführen, sondern auch bei der Wahl des Zeitpunktes für die Operation und der Auswahl der entbindenden Operation besonnen und richtig vorgehen. In dieser Hinsicht verdienen die Lehren Zweifel's und seiner Schüler, welche der Wirkung der natürlichen Expulsivkräfte gegenüber der künstlichen Entbindung nach der Beckenspaltung den Vorzug geben, alle Beachtung. Zum mindesten gilt dies für Erstgebärende mit straffen und wenig vorbereiteten Weichteilen. Eine gewaltsame Entbindung kann da, wie bekannt, auch nach der gut durchgeführten Durchtrennung des Beckenringes noch unheilvolle Verletzungen herbeiführen. Wir sind im Interesse des Kindes in zwei Fällen von obigem Grundsatze abgewichen und waren sehr erstaunt, das eine Mal in der vorderen Scheidewand eine große Rißwunde zu sehen, durch welche die

durchsägten und offenbar von innen her durchgedrungenen Knochenenden frei zutage lagen, das andere Mal an Stelle unserer kleinen Einstichöffnung neben der Labie einen queren Riß zu finden, der die Harnröhre völlig abgelöst und zur Seite verschoben hatte. Beide Verletzungen sind nach der Naht ohne Komplikationen geheilt. Man wird darauf aber nicht immer rechnen können und deshalb im Prinzip bei Erstgebärenden so lange zuwarten, bis der Kopf in das gespaltene Becken herabgetreten ist und die Scheide sich genügend entfaltet hat.

Bei Mehrgebärenden sind solche Verletzungen nicht zu erwarten, aber auch hier geht die Entbindung schließlich am leichtesten, wenn der Kopf fest in den verengten Beckeneingang eingepreßt und schon konfiguriert ist. Je länger man warten kann, desto besser. Als entbindende Operation kommt der Regel nach nur die Extraktion mit der Achsenzugzange in Betracht. Wie man als Regel die Wendung und Extraktion am Fuß hinstellen kann, ist mir völlig unverständlich.

Unter unseren 14 Fällen wurde 4mal die spontane Geburt abgewartet, 9mal mit der Zange und 1mal mit der Wendung und Extraktion am Fuß entbunden. In diesem Falle kam das Kind tot zur Welt; in einem zweiten Falle bei einer Erstgebärenden wurde wegen drohender Asphyxie mit der Zange ein asphyktisches Kind entwickelt, das wieder belebt werden konnte, aber nach 3 Tagen an Pneumonie starb. 12 Kinder sind lebend und gesund entlassen worden, die Mütter sind sämtlich genesen und haben von der Beckenspaltung keinerlei Nachteile behalten, bei den meisten ist von der kleinen Narbe an der Ein- und Ausstichöffnung der Nadel überhaupt nichts mehr zu sehen und auch am Knochen nichts zu fühlen.

II.

Erfahrungen bei Prüfungen und dem Nachexamen der Hebammen[1].

Von

R. Dohrn.

M. H.! In der letzten Dezembersitzung v. J. hatte Dr. Weindler Zahlenangaben und Tabellen vorgelegt, welche uns einen lehrreichen Einblick in die Stellung und den Erwerb der Dresdener Hebammen eröffneten, und zugleich wurde von ihm auf die Zielpunkte hingewiesen, welche wir zurzeit mit Erfolg zur Weiterbildung der Hebammen in Angriff nehmen können. Mit diesem Thema war von ihm eine Seite angeschlagen worden, welche gewiß auch später öfters unsere Dresdener Verhandlungen beschäftigen wird, und um so mehr durften wir dem Vortragenden dankbar sein, daß damit jetzt von ihm dieser Zweig unserer Fachwissenschaft zur Erörterung gestellt wurde.

[1] Vortrag in der gynäkologischen Gesellschaft in Dresden am 15. Februar 1906.

Wie sich gegenwärtig der Betrieb der deutschen Geburtshilfe gestaltet hat, so sind bei Leitung einer Niederkunft dem praktischen Arzt und einer Wärterin ihre Rollen nach alter Tradition in scharfen Umrissen vorgezeichnet, doch ganz anders steht es mit unserer Genossin am Kreißbett, mit der Hebamme. Die einen wollen ihre Befugnisse beschränken, andere räumen ihnen ernste Operationen ein, noch andere betrachten, namentlich in den Großstädten des Westens, die Beobachtung der Niederkunft seitens eines Arztes und einer Wärterin allein als das Richtige. Die Vorschläge zur Reform sind zahlreich, und die Literatur zeigt uns, wie weit wir noch entfernt sind, zu einem übereinstimmenden Urteil zu gelangen.

In mehreren Nachbarstaaten, in Frankreich, Dänemark, Schweden und Rußland, haben die Regierungen das Hebammenwesen nach einheitlichen Grundsätzen geordnet, dagegen herrschen in deutschen Staaten sehr verschiedene Bestimmungen, und der Traum einer allgemeinen deutschen Hebammenordnung und der Wunsch eines einheitlichen Lehrbuches harrt auf Erfüllung.

In Sachsen war man von der jetzt bestehenden Verschiedenheit weniger berührt, hier haben wir verhältnismäßig bessere Zustände, hier ist für den Unterricht in dem Kursus gesorgt, hier ist ein vortreffliches Lehrbuch, und bei den Regierungsbehörden finden berechtigte Wünsche möglichstes Entgegenkommen. Mit Recht konnten also Ahlfeld und Schatz die Staaten Sachsen und Mecklenburg als Muster einer umsichtigen Hebammenordnung hinstellen; doch bleiben immer noch andere Wünsche unerfüllt, und erst die spätere Zeit wird diese Forderungen befriedigen.

In Preußen ist, wie bekannt, der Kultus und das Medizinalwesen in einem Ministerium vereint. Man hat sehr oft angeregt, das Medizinalwesen von dem Kultus zu trennen, aber die Wünsche der Abtrennung hatten bisher keinen Erfolg. Es ist klar, selbst dem tätigsten Minister ist es unmöglich, allen Zweigen seines umfangreichen Ressorts gerecht zu werden, viele dringende Angelegenheiten des Augenblickes absorbieren alle Kräfte.

In anderen Staaten beruht das Hebammenwesen auf der Leitung eines Arztes, in Preußen hatten in diesem Zweige bei vielen Maßnahmen juristisch vorgebildete Männer eine entscheidende Stimme. Unter diesen Verhältnissen haben wir oft gelitten.

Dazu kam, daß 1875 nach einem Landtagsbeschluß die Fürsorge für das Hebammenwesen den Provinzen überwiesen wurde. Dies hat sich als ein großer Fehler erwiesen, wohl keiner der namhaften Gynäkologen unserer Zeit wird diesen verhängnisvollen Beschluß als berechtigt anerkennen. Die Abstimmung war damals nur aus dem gewöhnlichen Mißtrauen zu erklären, welches die Landtagsmehrheit den verschiedensten Regierungsmaßregeln entgegensetzte. Unter Führung von Virchow hatte die freisinnige Partei es durchgesetzt, daß das Hebammenwesen der Selbstverwaltung der Provinzen überliefert wurde. Man sah noch nicht ein, daß eine allgemeine verständige Hebammen-

ordnung ein wichtiger Faktor des Volkswohles sei; zwar hatte schon damals die Statistik der Wochenbettsmortalität gelehrt, daß alljährlich in Preußen 6—7000 Wöchnerinnen an Kindbettfieber starben, doch diese Tatsache war noch nicht in die Kreise des Publikums gedrungen. Die soziale Frage der Wochenbettpflege und die Hebung des Standes der Hebammen fand bei den meisten wenig Interesse. Man glaubte genug getan zu haben, indem man sie der Selbstverwaltung überließ. Das Resultat war dann, daß die Regierung sich nur auf die Anordnung eines gemeinsamen Lehrbuches beschränkte und alle weiteren Bestimmungen für den Unterricht durch die Provinzen besorgen ließ.

Einige Lehranstalten der Provinzen fristeten nur ein klägliches Dasein, es fehlte dort oft an allem, an Schwangeren und Kreißenden, an Unterrichtsmaterial, an Fachleuten, denen man vertrauensvoll die Leitung der Anstalt übergeben konnte. Gelegentlich waren die Anstalten längere Zeit geschlossen, und oft stand die Leitung der Anstalt in der Hand eines Arztes, welcher sich mit Geburtshilfe wenig beschäftigt hatte. Für die Auswahl des Direktors gaben lokale Interessen oft den Ausschlag. Ich wurde damals öfters von sehr tüchtigen Geburtshelfern um meine Fürsprache bei den Provinziallandtagen angegangen, nur selten hatte sie Erfolg, die Provinzen hatten lieber einen Mann, der in der Provinz aufgewachsen und dort seinen Wohnsitz hatte, oft spielte auch das religiöse Bekenntnis eine bedeutende Rolle. Auf die Hebung unserer Fachwissenschaft hatten solche Anstalten wenig Einfluß, Frauen wie die Lachapelle und Boivin sind aus diesen Instituten niemals hervorgegangen.

Einige kleinere Lehranstalten hatten wenig Berechtigung zu existieren, zumal bei der fortschreitenden Erleichterung der Verkehrswege. Für Nassau erreichte ich die Aufhebung der Lehranstalt in Hadamar, sie wurde mit der Universitäts-Entbindungsanstalt in Marburg vereinigt. Dagegen hatte ich in Gumbinnen kein Glück, dort fristet die Anstalt noch immer ihr Dasein. Gegenwärtig stehen wir manchen Übelständen der Provinzialinstitute machtlos gegenüber.

Mein Lebensgang brachte es mit sich, daß ich einen großen Teil meiner Tätigkeit auf den Unterricht der Schülerinnen verwenden mußte, und mehrere Tausende von Hebammen sind aus meiner Schule hervorgegangen. Hindernisse und Enttäuschungen sind mir dabei nicht erspart geblieben, doch denke ich mit Liebe an diesen Zweig meiner Tätigkeit zurück. Zuerst führte mich mein Weg nach dem Norden unseres deutschen Vaterlandes, dann nach dem Westen, endlich nach Osten, nahe der russischen Grenze. Bei einem solchen Wanderleben ist es verständlich, daß ich auf meine eigenen verschiedenen Erfahrungen zurückgreife.

Die Kreise, aus denen sich die Mehrzahl der Schülerinnen rekrutiert, stammen gewöhnlich aus bäuerlichen Gebieten, selbst die kleinen Landstädte der einzelnen Provinzen sind dabei nur wenig

beteiligt. So hat der Hebammenlehrer viel Gelegenheit mit der Denkungsweise der Landbewohner in Berührung zu treten.

Ich war zuerst mehrere Jahre in Kiel, und der Hebammenunterricht stand dort fast allein unter meiner Verantwortung. Zur Nachhilfe war mir eine alte dänische Hebamme beigegeben, welche notdürftig ihr Deutsch radebrechte. Wie auch in den anderen Anstalten, bestand die Mehrzahl der Schülerinnen aus Frauen, welche die Not des Lebens zu dem Beruf getrieben hatte, aus Frauen, welche einen kranken Mann, einen siechen Vater zu ernähren hatten, aus Witwen, die für die Kinder zu sorgen hatten, doch aus Liebe zu dem Beruf kam nur selten eine dazu. In mehreren Regierungserlassen war vorgeschrieben, daß vorzugsweise solche Schülerinnen ausgesucht werden sollten, welche sich mit voller Hingebung dem Hebammendienst widmen würden; diese Bestimmung hatte praktisch gewöhnlich keinen Wert. Es waren fast immer andere Motive ausschlaggebend, namentlich der Wunsch ausreichender Versorgung der Familie und der Kinder.

Das Wesen der Landbevölkerung unserer nordischen Grenzlande hat manche Härten. Treitschke schrieb einst von Kiel aus, an solche Normalmenschen könnte er sich nicht gewöhnen. Dem Fremden war es oft schwer, die Vorzüge des dortigen Volkes zu würdigen. Dem Unbekannten steht der Nordländer in zögernder Haltung gegenüber, und bei seiner Wortkargheit gibt er nur schwer seine Ansicht heraus. Der Unterricht war oft eine harte Geduldsprobe, aber, wenn endlich die Schülerinnen das Pensum aufgenommen hatten, dann hielten sie an dem Inhalt durch alle Hindernisse starr fest. Was versprochen war, wurde ausgeführt, eine große Zuverlässigkeit und ein scharfes Rechtsgefühl ist ein Hauptzug des Charakters der Bewohner dieser Provinzen. Auf Äußerungen des Gemütes konnte man freilich oft vergebens warten. Dem Lehrer begegneten sie mit Achtung, doch für Pietät für die Anstalt, von welcher sie einen großen Teil ihrer Lebensbildung empfangen hatten, fehlte ihnen völlig die Empfindung oder wenigstens das Wort. Sobald der Kursus beendet war, verließen die Schülerinnen die Anstalt ohne Abschied; ich hatte mir mit einigen Schülerinnen die erdenklichste Mühe gegeben, doch ihr Dorfbürgermeister sagte mir nur: »Se hebben Ihre Schuldigkeit gethaan, aber dafór sind Se ja betaalt.« Alle Mühe wurde als Pflicht aufgefaßt, aber darüber hinaus gab es nichts. Solche Erfahrung mußte man hinnehmen als ein Stück der Denkungsweise dortiger Landsleute. Ich hatte auch später immer mit besonderem Interesse die Vorkommnisse in meiner Heimatprovinz verfolgt und namentlich die Stätte meiner früheren Wirksamkeit, und so gingen mir auch später viele Nachrichten zu, welche die weiteren Lebensschicksale früherer Schülerinnen betrafen. Was ich darüber erfuhr, gab mir wieder nur ein rühmliches Zeugnis der Zuverlässigkeit der dortigen nordischen Bevölkerung.

Ganz anders fand ich die Zustände in Hessen. Dort war das Hebammenwesen nach den damaligen Anforderungen fest geordnet, und eine Medizinalordnung von 1830, deren einige Bestimmungen noch

jetzt in Kraft bestehen, hatte sich in allen Einrichtungen in die Kreise der Landbevölkerung eingelebt. Der Unterricht fand in Marburg statt und dauerte zuerst nur 3 Monate. Später erreichte ich, daß der Kursus auf 6 Monate verlängert wurde. Bis dahin hatten die dortigen Hebammen nur bei kärglicher Besoldung ihr Leben gefristet, aber dennoch war der Zudrang zu dem Unterricht enorm. Im Laufe der Zeit hatte sich die Gewohnheit herausgebildet, daß jedes kleine Dörfchen seine besondere Hebamme haben müßte, und der Modus der Wahl war durch die Medizinalordnung genau vorgeschrieben. Es war dabei für die Wahl die Mitwirkung der Familienmütter vorgesehen. In den Dörfern wurde die Wahlhandlung durch den Gemeindediener mit der Glocke ausgeklingelt, und eine jede von den Familienmüttern mußte ihre Unterschrift, oft mit einigen Zusätzen, bestätigen. Die daraus erwachsenen Protokolle gingen mir gelegentlich zu, und die Lektüre dieser Schriftstücke war mir oft nach der Tagesarbeit ein wahres Ergötzen. Die Hebammenwahl wurde in einigen Dörfern als wichtige Staatsaktion betrachtet, und die Leidenschaften kamen oft bei den Bewohnern zum Ausdruck. Gewöhnlich handelte es sich um zwei Parteien, auf der einen Seite die Männer, auf der anderen Seite die Frauen. Die Frauen wollten eine alte würdige Bewerberin, die Männer dagegen eine junge. Die Frauen schrieben, ich sollte doch nicht eine so schöne Person aufnehmen, denn sie könnte ihre Männer verführen. Andererseits schrieben mir die Männer, sie hätten mit besonderem Bedacht ihre Bewerberin ausgesucht, sie hätte unehelich geboren, aber sie glaubten doch, daß nur solche könnte Hebamme werden, die vorher eine Niederkunft an sich selbst durchgemacht hätte, und der Gemeindevorstand sei derselben Ansicht. Eine reiche Blumenlese darüber könnte ich Ihnen vorlegen, ich habe alle diese Sachen gesammelt, und das Durchlesen dieser Schriftstücke macht mir noch jetzt oft viel Vergnügen.

Trotz der ärmlichen Bezahlung galt die Hebamme in den hessischen Dörfern als Vertrauensperson, und die Schülerinnen setzten ihren Stolz darein, einen solchen Posten zu gewinnen. Unter ihnen fand ich manche von besonderer Begabung, namentlich Schülerinnen aus Nassau und aus den Rheinlanden. Diese verbreiteten in den Dörfern alles, was sie in dem Kursus gelernt hatten, und das mit voller Dankbarkeit an die Anstalt und ihre Lehrer, in Prosa und in vielen Gedichten. Eine große Sammlung habe ich davon[2].

Für den Unterricht hatte ich das Lehrbuch von Michaelis neu bearbeitet. Dieses Buch war mir wegen seiner klaren Sprache ein Muster, und es waren auch in damaliger Zeit schon mit Recht dem selbständigen Operieren der Hebamme feste Schranken gezogen.

---

[2] Für den Regierungsbezirk Kassel hatte ich im Laufe der 80er Jahre die Einrichtung regelmäßiger Nachprüfungen erreicht. Die Neuerung war dort bisher unerhört, und die beteiligten Prüflinge konnten sich nur schwer an solches Nachexamen gewöhnen. Die drastischen Szenen, welche ich dabei mit den alten Hebammen erlebte, habe ich seinerzeit in der Deutschen med. Wochenschrift 1890 geschildert.

Dann aber brachte die Annexion von 1866 die alte Ordnung vollkommen ins Wanken. Wir hatten zwar unter der Herrschaft des letzten Kurfürsten von Hessen schwer gelitten, doch hofften wir, daß die alte liberale Medizinalordnung, welche von dem Geist von 1830 durchweht war, auch von der neuen Regierung anerkannt würde. Diese Erwartung hat sich leider nicht bestätigt.

Mit seltsamem Ungeschick wurden viele vortreffliche Einrichtungen der annektierten Provinzen ohne weiteres umgestoßen und preußische an die Stelle gesetzt. Ich hatte schon in meinem Leben die Wechsel der Regierungsgewalten zweimal durchgemacht, zuerst in Holstein, dann 1866 in Hessen, also hatte ich darin eine gewisse Erfahrung, aber was ich dabei erlebte, setzte oft meinen Gleichmut auf eine harte Probe.

Zuerst wurde mir vorgeschrieben, ich sollte nur nach dem preußischen Lehrbuch unterrichten. Dieses Buch war meiner Ansicht nach vollkommen veraltet, doch ich mußte mich fügen. Aber dann kam eine offizielle Anfrage des Ministers an mich, ob sich gut nach dem preußischen Lehrbuch unterrichten ließe. Es war mir eine erwünschte Gelegenheit, meine Meinung über das Buch zu äußern. Ich schrieb dann dem Ministerium, wie es mir im Sinne stand, daß das Buch geradezu schlecht sei, und daß der Autor des Lehrbuches sehr wenig Verständnis für die Ausdrucksweise des Volkes verrate.

Diese Kritik entfesselte den Zorn des Autors, und in einer gereizten Erwiderung suchte er sich zu verteidigen. Er berief sich zuerst auf Berliner Größen und veranlaßte dann eine Umfrage bei auswärtigen Fachgenossen. Der Minister zog weitere Erkundigungen ein, und auch Schwartz wurde von ihm um sein Gutachten aufgefordert. Aber was dann Schwartz über das Buch schrieb, das war vollkommen vernichtend.

Dennoch hielt das Ministerium an dem Einfluß des Autors des Lehrbuches fest. Und bald ergoß sich über mich, den hessischen Störenfried, eine wahre Flut von Erlassen, welche mir das Leben schwer machten. Es wurde mir eröffnet, meine bisherigen Berichte ließen nicht genug erkennen, wie in Marburg für den Unterricht gesorgt sei, darum sei eine ganz andere Ordnung der Prüfung nötig. Der Befehl lautete dahin, am Schluß des Kursus sollte eine Prüfung stattfinden unter Gegenwart des Hebammenlehrers und der beiden Referenten der inneren Abteilung der Regierung von Wiesbaden und Kassel. Und zwar sollte jede Schülerin nach der Uhr volle 2 Stunden geprüft werden. Nun denken Sie meine Lage. In jedem Kursus waren 40 Schülerinnen, und jede sollte nach der Uhr 2 Stunden geprüft werden, das machte im ganzen 80 Stunden Hebammenprüfung; das war kaum auszuhalten. Die Referenten der beiden Regierungen waren außer sich, sie waren beide Ärzte, sie mußten 4 Tage in Marburg bleiben, ein Opfer für mich und die Ärzte, die doch auch ihre Zeit nötig hatten. Ich schrieb an die anderen annektierten Hebammenlehrer, was sie gegen diesen Erlaß tun wollten. Die Antwort war, sie hätten einen

solchen Erlaß gar nicht bekommen, der war nur nach Marburg gerichtet. Schwartz schrieb mir, würde ihm dieser Erlaß zugesandt werden, so nehme er seine Entlassung.

Das hatte ich für meine Kritik des preußischen Lehrbuches. Aber selbst noch weiter ging die Sache. In Berlin war eine große Kommission zusammengetreten, welche unter Leitung des verdienten Böhr über die Wochenbettsterblichkeit in Preußen eine umfangreiche Statistik dem Ministerium unterbreitete. Darin stand die Möglichkeit erörtert, daß in Hessen wohl viel in dem Hebammenunterricht gefehlt worden sei, und uns wurden als Gegenstücke die Gesundheitsberichte der östlichen Provinzen vorgehalten.

Daß so etwas geschrieben wurde, war uns erstaunlich, die hessischen Ärzte waren bisher stolz gewesen auf die Zuverlässigkeit und die Genauigkeit ihrer Berichte, und jetzt sollte man glauben, daß die Gesundheitsverhältnisse an der preußisch-russischen Grenze viel besser seien als in Hessen. Der ganze Unwert der damaligen preußischen Wochenbettstatistik mußte erst der Berliner Kommission klargelegt werden, bis die Tätigkeit der Ärzte der neu annektierten Provinzen gewürdigt wurde. Die älteren Kollegen werden sich noch an diesen längeren Streit erinnern. Auch v. Winckel trat in den Streit ein, er sagte, auch in Sachsen sei eine gute Statistik, doch wenn man die Wochenbettssterblichkeit in Ostpreußen den zuverlässigen Zahlen der sächsischen Statistik ohne weiteres gegenüberstellen würde, dann würde man freilich ganz seltsame Resultate herausrechnen können.

In Marburg hatte ich mich oft bei dem Kursus über die lebhafte Aufnahmefähigkeit der hessischen und nassauischen Schülerinnen gefreut. Mein Nachfolger, Ahlfeld, schrieb mir gleich nach dem ersten Kursus nach Königsberg, wie viele tüchtige Schülerinnen sich in den Kursus drängten. Das war mir schon früher eine große Freude gewesen. Dennoch halte ich einen größeren Zudrang von gebildeten Schülerinnen zum Hebammenberuf zurzeit nicht wünschenswert. Einige Idealisten, denen ich auch Brennecke zurechne, haben sich auf diesen Gedanken versteift. Unser jetziger verehrter Vorsitzender hat vollkommen recht, wenn er dieser Frauenbewegung einen Erfolg abspricht. Die gebildeten Kreißenden wünschen bei der Niederkunft gar nicht eine höher gebildete Hebamme. Was haben sie davon? Die einfachen Gefühlsregungen, das menschliche Mitgefühl mit den Leidenden, das findet man ebenso bei der Frau des Volkes als bei den hochgebildeten. Gerade die fein fühlende Kreißende wird es immer bei der gebildeten Hebamme schwer empfinden, wenn sie sieht, daß ihr körperliche Leistungen zugemutet werden, welche leichter von der Frau des Volkes bewältigt werden. Dazu kommt, daß bei dem weiblichen Charakter für die gebildete Hebamme doch die Versuchung zu Übergriffen in andere Gebiete sehr nahe liegt. Dies kann man auch wieder aus der vielbesprochenen Schrift von Hulda Maurenbrecher entnehmen. Hochgebildete Hebammen finden sich in jetziger Zeit nicht befriedigt in ihrem Beruf. Ich hörte gerade jetzt die Äußerung einer Frau von altem Adel,

welche in den Hebammenkursus eingetreten ist, daß es ihr sehr schwer wird, in dem Kursus auszuhalten.

Über meine Königsberger Erlebnisse kann ich mich kürzer fassen. In dem ostpreußischen Hebammenwesen sieht es traurig aus. Ich habe mir alle erdenkliche Mühe gegeben, auf die bösen Zustände einzuwirken. Man hat oft eine Verlängerung des Kursus auf 1 Jahr gefordert. Im Osten ist die Forderung zurzeit unmöglich, man bekommt nicht dafür die geeigneten Personen, und niemand kann einer tüchtigen Frau verdenken, wenn sie sich scheut, in solche unleidlichen Zustände einzutreten. In mehreren Kreisen des Regierungsbezirkes werden über 50% der Geburten von Pfuscherinnen besorgt. Was nachbleibt, das ist kein Ersatz für die seltenen Hebammen. Von der Kurischen Nehrung wurde mir eine 43jährige Frau zum Kursus zugewiesen. Man weiß, daß eine solche Frau seit ihrer Schulzeit außer dem Gebetbuch gar kein Buch angesehen hat. Neuerdings hat sogar der Oberpräsident, entgegen meinem scharfen Widerspruch, die Altersgrenze der Bewerberinnen von 30 Jahren auf 35 Jahre hinauf gesteigert, da kann man sehen, wie wenig der Hebammenberuf angesehen ist. Es fehlt an dem Nachwuchs. Die Statistik des Wochenbettstodes ist für Ostpreußen ganz unzuverlässig. Ich hatte als Vorsitzender der ostpreußischen Ärztekammer beantragt, es möchten doch bei Angaben über den Tod von Wöchnerinnen von den Standesbeamten Zeitangaben über den Zeitpunkt der Niederkunft verzeichnet werden. Die Antwort lautete: Die Standesbeamten hätten so viel mit ihren Schreibereien zu tun, daß man ihnen das nicht zumuten könnte. Ebenso hatte unser Antrag auf obligatorische Leichenschau, die selbst in dem bayrischen Gebirge mit Erfolg durchgeführt wird, gar kein Resultat. Ein Landarzt aus Litauen sagte mir, der Tod einer Wöchnerin hätte dem Bauer wenig zu bedeuten. Wenn eine Kuh stirbt, das ist dem Bauer sehr schmerzlich, aber eine andere Frau bekommt der Witwer sehr leicht. In der letzten Zeit wurde in einem ostpreußischen Leitartikel auf die traurigen Verhältnisse hingewiesen, welche der letzte Gesundheitsbericht über das Treiben der Hebammen und der Pfuscherinnen mitteilte. Ich habe der Redaktion zu meiner Rechtfertigung meine früheren Schriften darüber zugesandt. Gegenwärtig ist man gegen diese Zustände machtlos, der Fehler liegt in dem Kulturzustande der Bevölkerung an der russischen und polnischen Grenze.

Zuletzt möchte ich über die Resultate der Nachprüfungen der Hebammen sagen: Nach jahrelanger Bemühung war auf meine Anträge von dem Ministerium Gossler eine Nachprüfung der Hebammen in die Wege geleitet. Einige Provinzen verhielten sich ablehnend, doch in anderen Provinzen konnte die Neuerung durchgeführt werden. So bin ich auch in Ostpreußen viele Meilen zu Nachprüfungen auf das Land gefahren. Einige Kollegen glaubten die Einrichtung der Nachprüfungen wäre nutzlos. Ich bin anderer Ansicht. Gewiß, viel ist dadurch nicht zu erreichen, aber von ihrem Nutzen bin ich fest überzeugt. Allein die Auffrischung des früheren Lehrstoffes wirkt der

gewöhnlichen Degeneration der Hebammen einigermaßen entgegen. Freilich viel besser wären regelmäßige Nachkurse in einer tüchtigen Anstalt, aber das ist ein Wunsch, der gegenwärtig keine Aussicht auf Erfolg hat.

M. H.! Hier haben Sie einen kurzen Abriß meiner Tätigkeit für das Hebammenwesen! An dem Abend meines Lebens werde ich wohl kaum noch an den Fortschritten dieses wichtigen Zweiges unserer Wissenschaft selbsttätig mithelfen können, aber die neue Generation wird diesen Entwicklungsgang zum glücklichen Ende führen. Das hoffe ich!

III.

Über Dermoide des Beckenbindegewebes.

Von

Dr. **Karl Reinecke** in Hameln.

Während die Dermoide der Eierstöcke nach Pfannenstiel etwa 7,5% aller Eierstocksgeschwülste bilden, gehört die Entwicklung der Dermoide im Beckenbindegewebe zu den Seltenheiten. Aus diesem Grunde muß bei der Häufigkeit des Ausganges der Neubildung von den Eierstöcken für verwertbare Fälle der Nachweis geführt werden, daß die Eierstöcke intakt waren. Bei der Tendenz zur Vereiterung der Dermoide kommt es bekanntlich nicht selten vor, daß sie innige Verwachsungen mit den Nachbarorganen eingehen, und daß ein Durchbruch des Eiters in die letzteren eintritt. In der Mehrzahl der in der Literatur niedergelegten Fälle von Perforation in die Blase und Mastdarm dürfte es sich um vereiterte Dermoide der Ovarien handeln. Durch die Mitbeteiligung des Beckenbindegewebes bei der ausgebreiteten Entzündung, die zu ausgedehnten und festen Verwachsungen geführt haben kann, ist leicht die irrtümliche Auffassung möglich, als hätte die Geschwulst ihren Ausgang im Beckenbindegewebe selbst genommen. Von den veröffentlichten Fällen müssen ferner solche Dermoide ausgeschlossen werden, welche sich im Cavum subcutaneum pelvis meist retrorektal zwischen Steißbein und After entwickelt haben und bei denen es zuweilen zum Durchbruch in den After gekommen ist.

Folgen wir der von Sänger begonnenen und von Rosthorn und Haferland fortgeführten Tabelle der Dermoide des Beckenbindegewebes, so sind bisher 24 Fälle gesammelt worden. Diesen 24 Fällen bin ich in der Lage noch 4 aus der Literatur hinzuzufügen, welche von Abel, Gottschalk, Steffeck und Bröse veröffentlicht sind. Wenn wir uns an die von Sänger angegebene Einteilung nach den anatomischen Verhältnissen halten, so verteilen sich die Fälle folgendermaßen auf:

1) Das Beckenbindegewebe zwischen Mastdarm und Kreuzbein 7.
2) Das Bindegewebe des Cavum subperitoneale sinistra 5.
» » » » » dextra 4.

3) Das Bindegewebe hinter dem Mastdarme samt Cavum subperitoneale sinistra 5.
Das Bindegewebe hinter dem Mastdarme samt Cavum subperitoneale dextra 2.
4) Das Bindegewebe unterhalb des Douglas und oberhalb des Septum retrovaginale 2.
5) Das Bindegewebe des Ligamentum latum 3.

Bezüglich des Sitzes ist hervorzuheben, daß mit Vorliebe die linke Beckenhälfte und das Paraproctium betroffen ist.

Die zwei Fälle, in denen das Bindegewebe unterhalb des Douglas und oberhalb des Septum rectovaginale Sitz des Dermoides war, sind von Emmet und Bröse mitgeteilt worden.

In dem Fall Emmet ergab sich bei der Laparotomie die vermeintliche Ovarialcyste als eine an dem genannten Orte subperitoneal sitzende Dermoidcyste. Ausschälung. Linker Eierstock mit entfernt. Eierstock wegen Verwachsungen nicht aufgefunden. Emmet erklärte, als er in der gynäkologischen Gesellschaft zu Neuyork diesen Fall vortrug, daß ihm sonst kein Fall von Dermoid des Beckenbindegewebes bekannt sei.

Der zweite bisher publizierte Fall wurde von Bröse in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin am 23. März 1900 demonstriert. Da dieser Fall in diagnostischer und therapeutischer Beziehung sehr lehrreich ist, so sei hier Bröse's Mitteilung unter Auslassung minder wichtiger Sätze ausführlich wiedergegeben.

Bröse sagt: Es handelte sich um eine 26jährige Frau, welche vom 23. Januar 1899 bis zum 4. November 1899 in einem hiesigen Krankenhause sich befand und 8—9mal von der Scheide aus inzidiert wurde wegen eines »Beckenabszesses«. Sie wurde mit einer in der Scheide gelegenen Fistel entlassen und kam dann zu mir in Behandlung. Als ich sie untersuchte, fand ich eine Fistel, die ganz oben in dem hinteren Scheidengewölbe lag, und in welche die Sonde 6 bis 8 cm weit eindrang. Ich glaubte anfangs, daß ich es mit den Resten eines intraperitoneal gelegenen Abszesses zu tun hätte, vielleicht von den Adnexen ausgehend, und versuchte durch Einspritzung von Chlorzinklösung die Heilung zu erzielen. Die Fistel heilte aber nicht, es sammelte sich immer wieder übelriechender, gashaltiger Eiter an, es stießen sich Gewebsfetzen ab, die Kranke fieberte, und ich beschloß deshalb, dieselbe in Narkose zu untersuchen. Bei dieser Untersuchung fiel mir auf, daß die Abszeßhöhle nicht intraperitoneal liegen konnte. Uterus und Anhänge waren ganz normal, der Douglas frei; die Sonde drang bei der Untersuchung in eine Höhle, welche vielleicht 6—8 cm lang war, oberhalb des Septum rectovaginale und unmittelbar dem Rektum anlag, aber sicher subserös saß. Um die Sache genauer zu untersuchen, spaltete ich die Fistelöffnung in der Scheide und ging mit dem Finger in die Abszeßhöhle ein. Da fand ich denn diese Haare, die ich Ihnen hier zeige, und einige Gewebsfetzen, und entfernte beides. An diesen Eingriff schloß sich bei der Frau — der

Abszeß jauchte sehr — eine ganz typische Parametritis links an, wobei das Exsudat die Platten des Ligamentum latum auseinanderdrängte und sich bis in die Fossa iliaca erstreckte. Es war das ein Zeichen dafür, daß der ganze Prozeß sich im Beckenbindegewebe abgespielt hatte. Das Exsudat wurde dann resorbiert, die Abszeßhöhle heilte ganz aus, und die Frau wurde geheilt.

Der folgende, von mir mit glücklichem Ausgange durch Colpotomia posterior operierte Fall, wo der Sitz des Dermoides ebenfalls das Bindegewebe unterhalb des Douglas und oberhalb des Septum rectovaginale war, dürfte in verschiedener Hinsicht von Interesse sein, zumal durch einwandfreie Untersuchung das Vorhandensein normaler Ovarien während der Operation festgestellt werden konnte.

Frau B., 50 Jahre alt, seit 23 Jahren verheiratet, hat zwei normale Entbindungen vor 22 und 19 Jahren durchgemacht. Vor 15 Jahren Steißgeburt; das Kind, bis zum Kopfe spontan geboren, erstickte, ehe vom Arzte der Kopf extrahiert werden konnte. Nach diesem Partus Puerperalfieber; Pat. war 1/4 Jahr bettlägerig. Menstruation zuerst im 18. Lebensjahre, war bis zur Verheiratung immer regelmäßig alle 4 Wochen, ziemlich stark, jedesmal 5 Tage dauernd, aber ohne Beschwerden. Vor 7 Jahren zuerst Störung der Menstruation; die Blutung war zeitweise sehr stark mit Abgang von Blutstücken. Nach 1/2 Jahre trat die Menstruation wieder ziemlich regelmäßig und weniger stark auf, bis vor 1 1/2 Jahren. Seitdem ist die Blutung unregelmäßig, bis zu 3 Wochen dauernd, zeitweise überaus stark, mit Abgang von vielen Blutklumpen, so daß Pat. häufiger ohnmächtig wurde, über Schwindelgefühl klagte und bettlägerig war. Seit Ostern 1905 andauernde Behandlung der Blutung mit internen Mitteln ohne wesentlichen Erfolg. Seit 1 1/2 Jahren bemerkte Pat., daß sich beim Pressen ein pflaumengroßer Körper aus dem Introitus herausdrängt. Das Urinlassen ist nur in einer bestimmten Körperhaltung und erst nach längerem Drängen möglich. Ausfluß seit 6—8 Jahren, mit fast täglichen Spülungen behandelt. Heftiges Herzklopfen, schlechter Schlaf, Stuhl hart. Seit mehreren Jahren Druck auf den Darm. Seit 9 Jahren Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Pat. fiel auf, daß sie besser stehen als sitzen konnte. Seit 3 Jahren Engigkeit, Atembeschwerden, in letzter Zeit besser. Appetit schlecht, Druck und Vollsein in der Magengegend.

Pat. sieht sehr anämisch aus und hat einen ausgesprochen leidenden Gesichtsausdruck. Die Temperatur betrug bei der Aufnahme 37,8°, Puls 90 in der Minute, regelmäßig, von geringer Füllung und Spannung. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Lunge und Herz ohne Besonderheit. Der Panniculus adiposus ist mäßig entwickelt, der Leib etwas aufgetrieben und gespannt. Bei der Palpation findet sich nirgends eine abnorme Druckempfindlichkeit oder Resistenz. Die Vulva klafft etwas, beim Pressen tritt ein pflaumengroßer Tumor aus der Vulva, welcher in der vorderen Vaginalwand 1 1/2 cm hinter der Harnröhrenmündung sitzt und bretthart ist. Die bimanuelle Untersuchung ergibt folgenden Befund: Uterus anteflektiert, vergrößert, nach oben und vorn gedrängt durch einen faustgroßen Tumor, dessen unterer Pol das hintere Scheidengewölbe etwas nach abwärts drängt. Der Tumor ist nicht verschieblich; ein bestimmtes Gefühl von Fluktuation ist nicht nachzuweisen. Beide Ovarien sind beweglich, nicht vergrößert. Cavum uteri 10 cm.

Die Operation wird am 24. April 1906 ausgeführt. Die Abrasio entleert reichliche fungöse Massen. Karbolinjektion. Sagittaler Schnitt über der Kuppe des pflaumengroßen Tumors in der vorderen Vaginalwand, worauf sich der in lockeres Bindegewebe eingebette Tumor teils stumpf, teils mit Scherenschlägen enukleieren läßt. Die Blutung ist gering. Vernähung der Scheidenwunde bis auf einen kleinen Spalt, durch den die Höhle mit Jodoformgaze tamponiert wird.

Colpotomia posterior: die hintere Lippe der Portio wird mit zwei Kugelzangen gefaßt und kräftig nach vorn und oben gezogen. In der Mittellinie wird die

hintere Vaginalwand in einer Länge von 5 cm gespalten. Die ziemlich erhebliche Blutung wird durch eine Reihe von Umstechungen gestillt. Die Fäden werden als Zügel benutzt, um das Operationsgebiet besser zugänglich zu machen. Weitere Scherenschläge dicht an der Ansatzstelle des hinteren Scheidengewölbes an die Portio eröffnen den Douglas'schen Raum, daß eine breite vordere Platte eingeführt werden kann. Das Peritoneum des Douglas ist intakt. Der Tumor liegt direkt unter dem Peritoneum, welches in der Mittellinie kugelig nach oben gedrängt ist. Ein Einschnitt an der Grenze von Peritoneum und Scheidenwunde eröffnet die Geschwulst, aus der eitrige Flüssigkeit in erheblicher Menge hervorquillt und mit Stieltupfern fortgetupft wird. Nachdem die Öffnung erweitert ist, werden in derselben Haare sichtbar, welche allmählich mit einer Kornzange herausgezogen werden, indem zugleich große Mengen eitriger Flüssigkeit abfließen. Mehrere Male werden Ballen verfilzter Haare aus der Cyste herausgezogen und die Höhle ausgetupft. In der Cystenwand ist ein haselnußgroßer harter Vorsprung fühlbar, auf den eingeschnitten wird, präsentiert sich als ein wohlausgebildeter Zahn. Es folgte die Ausschälung des Cystensackes, welche stellenweise leicht, stellenweise nur unter Anwendung der Schere möglich ist. Die Wandung der Höhle wird mit den Rändern der Scheidenwunde soweit als möglich durch Nähte vereinigt, um die jetzt ziemlich erhebliche Blutung zu stillen, welche erst nach fester Tamponade des Hohlraumes mit Jodoformgaze steht. Die Scheidenwunde wird bis auf einen kleinen Spalt nahe der Portio, durch die der Drainagestreifen nach der Vagina geleitet, durch Knopfnähte mit Catgut geschlossen. Tamponade der Vagina mit einem Jodoformgazestreifen.



Nach Entfernung der Cystenwand habe ich zwei Finger in die Bauchhöhle eingeführt und dann bimanuell mit Sicherheit das Vorhandensein normaler Ovarien nachgewiesen. Das entfernte Dermoid gehörte also dem Beckenbindegewebe an und hatte seinen Sitz unterhalb des Douglas und oberhalb des Septum rectovaginale. Glatte primäre Heilung. Pat. wurde am 16. Tage entlassen.

Die charakteristischen Merkmale der exstirpierten Geschwulst gibt die beigefügte Abbildung wieder. Die Wand der Cyste ist von wechselnder Stärke, an einzelnen Stellen bedeutend verdickt, nämlich dort, wo die Dermoidanlage sitzt. Man erkennt die dermoide Stelle, welche sich zapfenförmig von der Wandung

abhebt, an ihrem weißlichen Epithelüberzug und an der Behaarung. An der Basis dieses Zapfens grenzen sich glatte, haarlose Epidermisstellen scharf ab gegen die behaarten Bezirke; es entstehen Einbuchtungen durch das Vorspringen eines kugeligen Höckers, welcher sich als Zahnsäckchen mit einem völlig ausgebildeten prämolaren Zahn als Inhalt erweist. Auffallend ist die Menge der in der Cyste vorhandenen Haare; das Gewicht derselben beträgt 26 g.

Was zunächst die Operationsmethode angeht, so ist der vorliegende Fall der einzige, in welchem die Exstirpation der Dermoidcyste durch Colpotomia posterior ausgeführt ist. Die Wahl des Operationsverfahrens und des Weges, auf welchem vorzudringen ist, wird durch das topographische Verhalten der Geschwulst gegeben. Betrachten wir die bisher veröffentlichten Fälle von Dermoidcysten des Beckenbindegewebes hinsichtlich der operativen Behandlung, so fand keine solche statt in den beiden nur pathologisch-anatomisch beschriebenen Fällen Manuel. In einem Falle wurde die Cyste durch Laparotomie entfernt (Emmet). In zwei Fällen wurde erst Punktion, dann, nach eingetretener Verjauchung, die Inzision und Drainage ausgeführt (Deahna, Biernacki). In zwei Fällen wurden Teile der Cyste vom Damm aus entfernt (König-Walzberg, Solowjew). In zwei Fällen wurden kleinere, zwischen After und Steißbein gelegene Dermoide vollständig entfernt (Birkett, Küster). In dem Falle Mikulicz-Trzebicky wurde eine große dermoide Doppelcyste vom Damme her aus dem Beckenbindegewebe vollständig fortgenommen. Weinlechner suchte die Cyste durch Ätzung mit Salpetersäure zur Verödung zu bringen. Die von Sänger als typische Operation ausgebildete Perineotomie wurde außer ihm in einem Falle, später von Fehling-Höfer in einem Falle, von Skutsch in zwei Fällen, von Funke, Luksch und Steffeck in je einem Falle mit völliger Ausschälung der Cyste ausgeführt. Die Exstirpation der Dermoidcyste, durch parasakralen Schnitt berichten in je einem Falle Colonna, Krogius und de Quervain; Page benutzte in einem Fall einen queren Schnitt am Hinterdamm, Schulze einen medialen Schnitt am Hinterdamm zur Entfernung des Dermoides. In dem Falle Rühl-Hegar, wo die Cyste innerhalb des linken Ligamentum latum gelegen war, das ganze kleine Becken ausfüllte und nach oben bis handbreit unterhalb des Processus ensiformis reichte, wurde durch Laparotomie die Punktion und Ausschälung der Geschwulst vorgenommen. Aus der Klinik von Menge und Krönig teilt Haferland ebenfalls die Ausschälung der Cyste durch Laparotomie mit; es handelte sich in diesem Fall um eine gänseeigroße Cyste rechts hinter dem Uterus und dem Ligamentum latum, deren Peritonealüberzug vielfach mit Darmteilen verwachsen war. Eine Dermoidcyste im rechten Lig. latum demonstrierte Gottschalk auf dem letzten Gynäkologenkongreß in Gießen, welche er gelegentlich einer Laparomyomektomie bloßgelegt und ausgeschält hatte. Der von Bröse veröffentlichte Fall ist bereits erwähnt. Abel demonstrierte den Inhalt einer Dermoidcyste des rechten breiten Mutterbandes, Angaben über die Operationsmethode

fehlen; die Zusammenstellung aller bisher beschriebenen Fälle von Beckenbindegewebsdermoiden ergibt also 28 Fälle, zu denen der von mir mitgeteilte als 29. hinzukommt.

Nach den vorliegenden Erfahrungen ist also die gänzliche Entfernung der Geschwulst die rationellste Therapie. Die breite Inzision und nachfolgende Drainage bietet keine genügende Aussicht auf dauernden Erfolg. In den Fällen, welche anfangs auf diese Weise behandelt waren, erwiesen sich Nachoperationen als notwendig. Die Entscheidung der Frage, ob der Tumor abdominal, perineal oder vaginal in Angriff genommen werden soll, richtet sich nach der Größe und dem Sitze der Geschwulst, wobei noch an die Möglichkeit von Verwachsungen mit den Nachbarorganen zu denken ist. Bei tiefem Sitz ist die Entfernung vorteilhaft mittels der von Sänger hierzu empfohlenen Perineotomie auszuführen. Auch die parasakralen Methoden und der quere retroanale Dammschnitt ist für entsprechende Fälle zweckmäßig in Betracht zu ziehen. In unserem Falle gelang die Ausschälung durch hinteren Scheiden-Bauchschnitt ohne besondere Schwierigkeit. Im allgemeinen kann man sagen, daß die Ausschälung leicht auszuführen ist, da die Dermoide gut abgekapselt sind.

Interessant ist die Tatsache, daß von den Fällen, welche in der Literatur mitgeteilt sind, alle bis auf einen weibliche Individuen betrafen. Nur in dem von de Quervain beschriebenen Falle handelte es sich um einen 58 Jahre alten Mann, bei dem vollständige Urinverhaltung durch eine den ganzen Beckenraum ausfüllende Dermoidcyste bedingt war.

Der Inhalt der Dermoidcysten ist nicht immer als solcher sofort zu erkennen, wenn auch in vielen Fällen das talgartige, breiartige Aussehen auffällig ist. In einigen Fällen, wie im Falle Sänger's, hätte der Inhalt sehr leicht für Eiter gehalten werden können, wenn nicht die mikroskopische Untersuchung Aufschluß gegeben hätte durch den Nachweis von Haaren, Fettnadeln, Fettkörnchen, abgestoßenen Epidermiszellen und gelegentlich Cholestearinkristallen. Auch in unserem Falle hatte der Inhalt genau das Aussehen von Eiter. Aber die in der Schmiere steckenden, zu einem wirren Knäuel verfilzten Haare und der in der Wand in einem Zahnsäckchen verborgene Zahn verschafften ohne weiteres Klarheit über die Natur der Cyste. In den in der Literatur mitgeteilten Fällen ist das Vorkommen von Haaren in vier, dasjenige von Knochen nur in drei Fällen erwähnt.

Wenn wir die in den verschiedenen Berichten angegebenen Symptome der Beckenbindegewebsdermoide betrachten, so beruhen dieselben teils auf der Entwicklung der Geschwulst nach der Gesäßgegend hin, teils auf Kompression und Verdrängung der Organe im kleinen Becken, teils auf Verlegung der Geburtswege, teils auf Zirkulationsstörungen im kleinen Becken, teils endlich auf Vereiterung der Cyste. Durch die Entwicklung nach der Gesäßgegend hin entstehen Beschwerden beim Sitzen. Der Druck auf die Beckenorgane betrifft vorwiegend Blase und Mastdarm. Durch den Druck werden Harn-

und Stuhlbeschwerden ausgelöst. Vom Harndrang bis zur vollkommenen Harnverhaltung, vom Stuhldrang bis zu ileusartigen Erscheinungen kommt, um mit de Quervain zu reden, die ganze Tonleiter der bei mechanischer Erschwerung der Harn- und Stuhlentleerung beobachteten Symptome vor. In unserem Falle standen Menorrhagien im Vordergrunde des Krankheitsbildes, welche seit 1½ Jahren andauerten und zu schwerer Anämie geführt hatten. Daneben war Druck auf Blase und Mastdarm vorhanden und Beschwerden beim Sitzen.

Bei der Seltenheit der Beckenbindegewebsdermoide verlohnte es sich wohl, auf die diagnostische Schwierigkeit in unserem Fall einzugehen. Liegt eine mehr oder weniger unbewegliche Geschwulst vor dem Mastdarm, also im Gebiete des Douglas, so ist die Differentialdiagnose nicht leicht, da hier sämtliche im Douglas auftretenden pathologischen Gebilde in Betracht gezogen werden müssen. In manchen Fällen kann vor der Operation überhaupt nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob ein Tumor von dem Beckenbindegewebe oder von einem Ovarium ausgeht, falls es nicht gelingt beide Ovarien bimanuell zu palpieren. Erst der direkte, durch die Operation ermöglichte Nachweis des Vorhandenseins beider Ovarien berechtigt in einem solchen Falle zu der Annahme eines Beckenbindegewebsdermoides. Mit größerer Sicherheit ist die Diagnose zu stellen, wenn die Geschwulst hinter dem Rektum liegt oder dasselbe wenigstens stark nach der Seite oder nach vorn und seitwärts verschoben hat. Es kann sich hier nur um Senkungsabszesse, weichere, pseudofluktuierende, von den Beckenknochen ausgehende Neubildungen, Echinokokkensäcke, seröse Cysten oder Dermoide handeln. Anamnese, Untersuchung der Wirbelsäule, Exploration per vaginam et rectum, endlich die Probepunktion werden hier die wichtige Diagnose stellen lassen. Nach Sänger sind wichtige Anhaltspunkte für die Diagnose der Dermoide: Der charakteristische Sitz der Cyste in ganz bestimmten Bezirken des Beckenbindegewebes mit entsprechender Verschiebung des Mastdarmes, der Scheide und der Gebärmutter, des Becken-Bauchfells, der Damm- und Gesäßgegend und der äußeren Haut; die glatte, scharfe Abgrenzung der Oberfläche; der Nachweis des bleibenden Empordrängens der Gebärmutter ohne Entfaltung der breiten Mutterbänder; das Vorhandensein normaler Eierstöcke neben der Geschwulst; dazu langsames Wachstum unter geringen Beschwerden, bis sich die Verschiebung oder Verengerung der angelagerten Organe stärker geltend machte oder ein Geburtshindernis entsteht.

In Anbetracht der sich mehrenden Beobachtungen sei schließlich darauf hingewiesen, daß die Dermoide des Beckenbindegewebes eine selbständige, gut charakterisierte Gruppe von Dermoiden bilden, welche von den Dermoidcysten des Ovariums und den Fällen von retrorektalen und parasakralen Dermoiden, welche sich im Cavum subcutaneum pelvis zwischen Steißbein und After entwickelt haben, scharf zu trennen sind.

Literatur:

Rosthorn in Veit's Handbuch der Gynäkologie: Zusammenstellung der Literatur über Dermoidcysten des Beckenbindegewebes bis 1899. Bd. III. Januar 2. p. 180.

Abel, Berliner klin. Wochenschrift 1893. p. 47.

Bröse, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLIII. p. 175.

Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1906. p. 385.

Funke, Hegar's Beiträge Bd. III. Hft. 3.

Gottschalk, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1901. Bd. IX. p. 519.

Haferland, Dissertation Leipzig 1901.

Hegar, Dissertation Gießen 1899.

Krogius, Archiv für klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 1.

Luksch, Wiener klin. Wochenschrift 1899. Nr. 10.

Skutsch, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XL. p. 353.

Steffeck, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLII. p. 394.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

291. Sitzung am 18. Januar 1906.

Vorsitzender: Herr Leopold; Schriftführer: Herr Goldberg.

Außer der Tagesordnung bringt Herr Leopold der Gesellschaft den an die Leipziger und die Dresdener gynäkologische Gesellschaft gerichteten Dank des kgl. Ministeriums für die Bemühungen um die Verhütung der Krebserkrankung zum Ausdruck, und verliest ein an Herrn Buschbeck gerichtetes Ersuchen der Redaktion der »Medizinischen Woche« um regelmäßige Referate über die für den praktischen Arzt Interesse bietenden Themata aus den Verhandlungen der Gesellschaft. Nachdem Herr Buschbeck sich zur Berichterstattung bereit erklärt hat, erteilt die Gesellschaft ihre Zustimmung.

Tagesordnung:

I. Herr Schmorl demonstriert:

1) ein fast mannskopfgroßes Myom des Uterus (stammend von einer 35jährigen Virgo), das sich aus außerordentlich zahlreichen kleinen Myomen zusammensetzt (Konglomeratmyom).

2) einen Uterus von einer 62jährigen Virgo von der Größe eines Kindskopfes, in dem neben mehreren submukösen, interstitiellen und subserösen Myomen ein von der Schleimhaut des Korpus ausgehendes Adenokarzinom vorhanden war, welches von der Hinterwand seinen Ausgang genommen hatte, in Form flacher, zottiger Wucherung in die Uterushöhle hineinragte und die ganze Dicke der Uteruswand durchsetzte. Daneben fand sich in einer in die erweiterte Uterushöhle polypös hineinragenden, etwa taubeneigroßen Wucherung die typische Struktur eines großzelligen Rundzellensarkoms mit eingestreuten Riesenzellen. Beide Geschwülste bestanden selbständig nebeneinander, ein sicheres Einwuchern der einen Geschwulst in die andere war nicht nachzuweisen. Das Karzinom hatte in einen apfelgroßen, interstitiellen Myomknoten metastasiert. Die Metastase war auf dem Blutweg und nicht per continuitatem erfolgt, da sie mitten im Myom darin saß.

3) einen Uterus mit multiplen Metastasen eines Melanosarkoms in ein kleinapfelgroßes Uterusmyofibrom.

4) ein Uterusmyom mit Krebsmetastasen, die sich auf hämatogenem Weg im Anschluß an ein Magenkarzinom entwickelt hatten.

5) Ovarien, die durch Krebsmetastasen im Anschluß an Magenkarzinom

hochgradig vergrößert waren. Vortr. erwähnt, daß nach seiner Erfahrung Krebsmetastasen nicht allzu selten sind.

6) einen nach Porro exstirpierten Uterus mit Zwillingsschwangerschaft. Derselbe stammt von einer 33jährigen Frau, bei der während der Gravidität ein an der Vorderfläche befindliches Myom stark verwachsen war, und ihr derart heftige Beschwerden machte, daß sie um Entfernung desselben bat. Nach Entfernung des subserösen Myoms stellte sich eine so schwere, durch kein Mittel stillbare Blutung ein, daß, um das Leben der Frau zu retten, nur die Exstirpation des Uterus übrig blieb. Der Uterus kam unmittelbar nach Exstirpation in die Hände des Vortr., bei der Untersuchung zeigte sich, daß der innere Muttermund, in dessen Höhe der Uterus exstirpiert war, nur wenig geöffnet war. Nach etwa $^1/_2$ Stunde war der Muttermund ca. fünfmarkstückgroß, und nach etwa 2 Stunden vollzog sich die Ausstoßung einer Frucht, wobei während der Ausstoßung langsam verlaufende Zusammenziehungen des Uterus bemerkbar waren. Nach Ausstoßung der ersten Frucht, die etwa der Größe des 3. Monates entsprach, begann die der zweiten, die jedoch bald sistierte. Vortr. hebt hervor, daß wir hier ein relativ langes Überleben des Uterus nach der Exstirpation annehmen müssen, und weist auf die Bedeutung dieser Beobachtung für die Lehre der Sarggeburt hin.

Endlich demonstriert S. vier gravide Uteri, von denen bei zweien die Geburt eben begonnen hat; drei Uteri stammen von tuberkulösen Frauen, in der Placenta wurden Tuberkelbazillen gefunden.

II. Herr Kannegiesser: Erfahrungen über die bisherigen Hebotomien.

Vortr. berichtet über die klinischen Erfahrungen auf Grund von 23 Hebotomien, die in $1^1/_2$ Jahren an der kgl. Frauenklinik vorgenommen sind. Auf den gleichen Zeitraum fallen ca. 3000 Geburten, so daß 0,76% aller Gebärenden mit dem Schambeinschnitte behandelt worden sind.

Von den Kreißenden waren 12 Erstgebärende, 11 Zweit- bis Viertgebärende mit engen Becken, deren gerader Durchmesser $7-8^1/_2$ cm betrug.

Die Gewichte der Hebotomiekinder bewegten sich zwischen 3980—2400 g, 8 Kinder wogen 3500 g und darüber.

Von den 23 Kindern wurden 19 lebend entlassen (82,61%), 4 starben (17,39%). 12 Kinder wurden nach der Hebotomie durch Zange entwickelt, 10 durch Wendung und Extraktion, 1 durch Perforation.

Von den Müttern starb keine; krank in anderweite Behandlung entlassen und schließlich mit Ankylose eines Kniegelenkes (infolge eines pyämischen Abszesses) ausgeheilt ist eine. Die übrigen 22 Mütter wurden geheilt entlassen.

Nur 7 Frauen machten aber ein ganz fieberfreies Wochenbett durch, bei den übrigen 16 wurde der Heilungsverlauf durch Komplikationen gestört, die Vortr. teils mittel-, teils unmittelbar auf das Eigenartige der Operation zurückführt.

Hierauf, sowie auf Technik und Indikationsstellung, wird dann näher eingegangen. (Der Bericht erscheint ausführlich im Archiv für Gynäkologie.)

Zum Schluß wird eine Reihe von Röntgenplatten mit dem Epidiaskop projiziert, um die Breite des Knochenspaltes sowie die Art seiner Verheilung zu zeigen.

Die beiden letzten gut geheilten Hebotomierten werden der Gesellschaft vorgestellt.

---

292. Sitzung am 15. Februar 1905.

Vorsitzender: Herr Leopold; Schriftführer: Herr Buschbeck.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit einem Nachruf auf Pasquali und das Ehrenmitglied der Gesellschaft, Gusserow. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verschiedenen von den Plätzen.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Bauer (als Gast) einen Fall von Bauch-Blasen-Beckenspalte.

Nicht ausgetragenes, ca. 35 Wochen altes, lebend geborenes Kind mit normal

entwickeltem Oberkörper. Am unteren Rumpfende ein rüsselartiges Gebilde, aus dem sich unter peristaltischen Bewegungen von Zeit zu Zeit dünnbreiiger, braungelber Kot entleert. Zu beiden Seiten dieses Rüssels je eine kleine und große Labie. Untere Extremitäten stark nach außen rotiert, werden bewegt. Umgebung des Rüssels bis dicht unter den Nabel und fast bis zum Steiß hochrot und feucht. Exitus am 2. Tag unter den Erscheinungen der Sepsis.

Sektionsbefund der Bauchhöhle: Bei der Eröffnung entleeren sich einige Teelöffel dünnflüssigen Eiters. Der größte Teil der Bauchhöhle ausgefüllt durch die abnorm große und abnorm tief gelagerte Leber. Diese ist durch eine quer verlaufende Furche abnorm gelappt. Milz sehr vergrößert, reicht vom linken Rippenbogen fast bis in den Eingang ins kleine Becken. Magen senkrecht gestellt. Dünndarm, zahlreich gewunden, mündet als rüsselförmige Vorstülpung nach außen. Von hier aus ca. 1 cm nach dem Steiß zu findet sich eine Öffnung des Dickdarmes. Dieser ist außerordentlich kurz und endet als Blindsack in der Kreuzbeinaushöhlung, nahe dem Promontorium. Wurmfortsatz fehlt. An der hinteren Bauchwand liegen beiderseits symmetrisch Gebilde, die höchstwahrscheinlich die Ovarien darstellen. Beide Nieren an normaler Stelle. Ureteren laufen an der Hinterwand abwärts, biegen dann nach vorn und münden symmetrisch schräg nach hinten und außen von der rüsselförmig vorgestülpten Dünndarmöffnung. Der knöcherne Ring des Beckeneinganges zeigt in seiner vorderen Hälfte einen 3 bis 4 cm weit klaffenden Defekt, in welchen sich die Intestina mit der zum Teil vorgestülpten, hochroten Schleimhaut hereindrängen.

Tagesordnung:

I. Herr Dohrn: Erfahrungen bei den Prüfungen und Nachexamen der Hebammen.

(Erscheint ausführlich in d. Nr. p. 901.)

Herr Leopold dankt dem Vortr. für seine interessanten Mitteilungen.

II. Herr Weindler demonstriert aus seiner Bibliothek eine Reihe interessanter geburtshilflicher und gynäkologischer Schriften und Werke des 15., 16. und 17. Jahrhunderts. Unter den vier vorgelegten Schriften von Albertus Magnus ist besonders ein aus der Mitte des 15. Jahrhunderts stammendes, bisher ungedrucktes deutsches Manuskript von Wichtigkeit, auf welches in einer späteren Arbeit ausführlicher eingegangen werden soll. Weiterhin werden mehrere deutsche und lateinische Ausgaben der Schriften von Eucharius Rösslin (Rosengarten; de partu hominis etc.) und Jacob Rüff (Hebammenbuch; ein schön lustig Trostbüchle) vorgelegt und besprochen. Von Jacob Rüff's Werk ist besonders die erste lateinische Ausgabe und eine alte holländische von Interesse. Vortr. geht kurz auf die Quellen der Bilder und des Textes der genannten Schriften ein.

Die Werke des Hippokrates, Moschion, Soranus, zwei Exemplare der Gynäcien, die lateinische und deutsche Ausgabe des Vesal, Pinaeus, Siegemundin, Voellter usw. bilden den Schluß der Demonstrationen.

III. Kassenbericht.

IV. Die Gesellschaft beschließt, die Sitzungen wieder um 6 Uhr beginnen zu lassen.

Verschiedenes.

2) Herhold (Altona). Trockenes Jodcatgut.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 51.)

H. fand, daß das Jodcatgut nach Claudius durch längeres Aufbewahren in der Jod-Jodkalilösung äußerst brüchig wurde. Er kam daher auf den Gedanken, das Jodcatgut trocken zu verwenden. Zu diesem Zwecke konstruierte H. Gefäße, in denen das Jodcatgut trocken für den Gebrauch aufbewahrt werden konnte und

die folgenden Bedingungen erfüllten: 1) mußten sie sterilisierbar sein; 2) so luftdicht schließen, daß keine nennenswerten Jodmengen verdunsten konnten; 3) das Jodcatgut vor dem Einfluß des Lichtes schützen; 4) ein leichtes Abrollen des Fadens ermöglichen. Herr Glasbläsereibesitzer Barthels (Hamburg, an der Alster 32), hat nach H.'s Angaben sowohl für den Transport (Landpraxis!) als auch für den Gebrauch im Krankenhause geeignete Gefäße angefertigt. Der Preis für das zylindrische, zum Transport bestimmte Gefäß, das aus braunem, nicht zu dünnem Glase besteht, beträgt 2,50 ℳ, für die zum Aufbewahren in Krankenhäusern bestimmten Gefäße für eine bzw. zwei Rollen 7,50 ℳ bzw. 8,50 ℳ.

Die Vorbereitung ist folgende: Auf eine hohle Glasrolle mit seitlichen Öffnungen werden etwa 3—4 m Catgut in einfacher Lage gewickelt, für 8 Tage in die von Claudius angegebene Lösung gelegt (Jod 1, Jodkali 1, Aqu. destill. 100,0) und dann trocken auf dieser Glasrolle in einem keimfreien Gefäß aufbewahrt. Die von H. mit seinem trockenen Jodcatgut, dessen Zubereitungs- und Aufbewahrungsmethode außerordentlich einfach ist, angestellten Versuche beweisen, daß infiziertes trockenes Jodcatgut die an ihm haftenden und auch die etwa in seiner nächsten Nähe befindlichen Keime vernichtet. Da das Jod nach und nach an die Umgebung abgegeben wird, wie die eintretende Entfärbung beweist, und dann eine Schwellung und Lockerung des Fadens beginnt, ist die Resorbierbarkeit wohl ebensogut wie die des Rohcatguts. Die Entscheidung darüber, ob es sich über 1 Jahr lang hält, bleibt späteren Versuchen vorbehalten. **Zurhelle** (Bonn).

3) **A. Sippel** (Frankfurt a. M.). Die Verschiebungen in der klinischen Beurteilung und operativen Behandlung der Uterusmyome.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

Die klinische Bedeutung der Myome wurde in der Vergangenheit anders eingeschätzt als heute. Eine vielfache Unterschätzung rührte her von dem langsamen und allmählichen Auftreten der Schädigungen des an Myomen leidenden Organismus, von dem Wechsel von Perioden stärkeren Leidens mit beschwerdelosen Intervallen. Die zuwartende Behandlung fand eine Stütze an der nicht seltenen Erfahrung, daß mit Eintreten der Klimax ein Rückgang der Erscheinungen konstatiert wurde, ihre hauptsächliche Berechtigung aber lag in den Gefahren, welche bis noch vor kurzer Zeit mit der Operation verknüpft waren. Zählte man doch 25—30% primärer Todesfälle im Anschluß an die Operation.

In der Neuzeit hat man die Nachteile der Myome erst richtig einzuschätzen gelernt. Eine an Myom leidende Frau ist allen möglichen Gefahren ausgesetzt. Eine Zusammenstellung von 42 operierten mit 27 gleichen, nicht operierten Fällen ergab, daß nach einer Reihe von Jahren, von ersteren keine gestorben war, von den letzteren aber 7, darunter 3 an Anämie, eine 4. an hinzutretender Tuberkulose. Verf. kennt selbst 2 Todesfälle durch Verblutung, 3 durch Lungenembolie und 1 weiteren, wo der geschädigte Organismus einer einfachen Bronchitis erlag.

Die Kenntnis von dem schädigenden Einfluß der Myome auf den Herzmuskel ist auch eine Errungenschaft der Neuzeit. Auch der verspätete Eintritt der Klimax bei myomkranken Frauen ist in der klinischen Bewertung des Myoms nicht zu vergessen.

Bei dem heutigen Stand unserer Technik bestehen die Gefahren der Operation lediglich im Ileus und der Embolie. Die Ursachen des Ileus — der Volvulus, eine Folge schlechter Narkose oder die adhäsive Peritonitis, eine Folge des Zurücklassens von Wundflächen im Abdomen — sind zu vermeiden. Die Gefahr der Embolie wird herabgesetzt bei rechtzeitigem Operieren, solange die Herzkraft genügend ist, bei Verwendung des Äthers an Stelle des Chloroforms, ferner wenn man vor Schluß der Bauchhöhle eine reichliche Menge physiologischer Kochsalzlösung eingießt, um den Gefäßinnendruck zu heben, und wenn man die Operierte zweimal 24 Stunden in mäßiger Hängelage läßt, um eine Anfüllung der durchschnittenen, ektatischen Beckenvenen zu verhindern.

Das Alter und die soziale Lage der Kranken spielen eine wichtige Rolle in der Indikationsstellung zur Operation.

Die vorgeschrittene Technik hat bei der Myomoperation aber auch das konservative Prinzip reichlich zur Geltung gebracht. Es wird sowohl auf die Erhaltung der Ovulation Rücksicht genommen, als besonders bei jüngeren Frauen auf die Konzeptions- und Gebärfähigkeit.

Verf. teilt schließlich seine eigenen Erfahrungen an 27 Myomoperationen mit, bei denen die modernen Gesichtspunkte zugrunde gelegt wurden. Auch die Hegar'sche Kastration fand bei aller unzeitlichen Auffassung ihren Platz.

Frickhinger (München).

4) **K. Witthauer** (Halle). Retroflexio und Vibrationsmassage.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

Verf. bekennt sich zu der Ansicht, daß nur die komplizierte Retroflexio Beschwerden macht, und zwar behauptet er, daß beim rückwärts verlagerten Uterus — abgesehen davon, wo Erkrankung des Organes selbst oder seiner Anhänge besteht — die Folgeerscheinungen der Para- bzw. Perimetritis posterior chronica die Ursache der verschiedenen Beschwerden sind. Verf. glaubt, daß bei der mobilen Retroflexio bisher zuwenig auf vorhandene »Stränge« geachtet worden ist, die im hinteren Scheidengewölbe — vom Kreuzbein oder der Mastdarmwand nach Vagina und Cervix ziehend — oder im seitlichen, auch im vorderen Vaginalgewölbe zu fühlen sind. Manchmal sind auch keine einzelnen Stränge vorhanden, sondern die ganzen Scheidengewölbe sind flach, starr und unnachgiebig. Dazu gehören auch narbige Verkürzungen der unteren Kanten der Ligg. lata. Daß diese Befunde übersehen wurden, liege daran, daß man das Augenmerk zu sehr auf die Korrektur der Lage des Uterus, auf das Pessar richtete, anstatt hinteres und seitliches Vaginalgewölbe sorgfältig abzutasten. Auf diese Stränge bzw. Narbenbildung führt der Verf. all die bekannten Retroflexionsbeschwerden zurück: Kreuzschmerzen, Menorrhagie, Endometritis, Urindrang, Schmerzen bei der Stuhlentleerung und das ganze Heer der nervösen Störungen.

Die richtige Behandlung all dieser Beschwerden ist nicht das Pessar, das auf die empfindlichen Stränge drückt, nicht die operativ forcierte Anteversionslagerung des Uterus, die durch die vermehrte Spannung der Stränge die Schmerzen eher noch vermehrt, sondern es ist allein die Vibrationsmassage, welche die Pat. beschwerdefrei macht, selbst dann, wenn der Uterus in der falschen Lage verbleibt. (Wo aber wegen Erkrankung dieses Organes die Korrektur angezeigt ist, mag diese im Anschluß an die Vibrationsmassage vorgenommen werden, aber gerade die letztere ist imstande, die Pat. an Stelle der Ventrofixation, welche Verf. nicht für gerechtfertigt hält, der Alexander-Adams-Operation zuzuführen.) Nach dem lokalen Erfolge wende man das Augenmerk auf das Allgemeinbefinden, und hier namentlich auf die Sympaticuserscheinungen.

Nach Mitteilung einer Reihe zutreffender Krankengeschichten versichert Verf., daß, während früher Pat. mit Retroflexio und Parametritis posterior, und besonders mit letzterer allein, eine Plage für die Ärzte waren, er jetzt an diesen Frauen die meiste Freude erlebe, da er ihnen mit großer Sicherheit durch die Vibrationsmassage Hilfe versprechen könne. (S. das Referat über des Verf.s »Lehrbuch der Vibrationsmassage«, dieses Zentralblatt 1905 p. 1001.)

Frickhinger (München).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 33. Sonnabend, den 18. August. 1906.

Inhalt.

I.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig. Direktor: Geh.-Rat Prof. Zweifel.)

Über die desinfektorische Wirkung des Alkohols und ihre Ursachen[1].

Von
H. Füth in Köln.

Die Veranlassung zu der Arbeit, über die ich in den nachfolgenden Zeilen berichten will, ist eine zweifache. Zunächst richtet sie sich wieder einmal gegen Ahlfeld, der trotz zahlreicher gegenteiliger Arbeiten immer noch davon spricht, daß die Heißwasser-Alkoholdesinfektionsmethode eine wirkliche Sterilisierung der Hände herbeiführe, oder einzig und allein imstande sei, die Hände zu sterilisieren, oder daß es nur wenig Hände von Ärzten und Hebammen gäbe, die

[1] Nach einem Vortrage in der 544. Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig vom 26. Februar 1906.

mittels der Heißwasser-Alkoholdesinfektionsmethode nicht keimfrei gemacht werden könnten. Es könnte uns das ja schließlich ganz gleichgültig sein, wenn nur die Folgerungen nicht wären, die Ahlfeld aus dieser Anschauung zieht. So hatte er in zwei Fällen von tödlich verlaufener puerperaler Erkrankung seine Hände infiziert und kurz darauf im Vertrauen auf seine Methode eine innere Untersuchung bei einer Gebärenden vorgenommen. Dann berichtet er, daß eine Hand, die durch intravaginale und intra-uterine Manipulationen bei einer Frau mit Endometritis septica an mehreren Tagen hintereinander infiziert worden war, nach Ausführung der Heißwasser-Alkoholdesinfektionsmethode wenige Stunden nach der letzten Untersuchung eine Laparotomie mit fast ununterbrochener Betastung des Peritoneums ohne Schaden für die Kranke ausführen konnte. Da muß man doch Sarwey (s. u.) recht geben, wenn er sagt, es bedeute einen großen Rückschritt, falls derartige Ansichten unter den Ärzten wieder Platz greifen sollten, und da Ahlfeld durch anders geartete Versuche einer ganzen Reihe von Forschern von seiner Ansicht nicht abzubringen war, so schlug Zweifel[2] in der Diskussion zu einem von mir über den Wert der Heißwasser-Alkoholdesinfektionsmethode gehaltenen Vortrage vor, man solle doch einmal ganz genau die Versuchsanordnung von Ahlfeld einhalten und dann sehen, was dabei herauskäme.

Die Versuchsanordnung von Ahlfeld ist nun in den Punkten, die hier von Wichtigkeit sind, folgende:

Es wird die Heißwasser-Alkoholdesinfektionsmethode durchgeführt, wobei es genügt, den Alkohol 5 Minuten lang einwirken zu lassen; dann kommen die von Alkohol noch triefenden Hände in sterile Gummihandschuhe, die mit 100 ccm Bouillon gefüllt sind und bleiben hierin, während die Finger fleißig bewegt werden, $1^1/_4$—$1^1/_2$ Stunde. Nach Ablauf dieser Zeit wird ein Finger angesengt und die auslaufende Flüssigkeit in sterile Bouillonröhren abgelassen. Dann wird noch mit sterilen Hölzchen eine Abnahme von den Fingern und Handfläche gemacht, und die sterilen Hölzchen werden dann gleichfalls in Bouillonröhren versenkt (feste Nährboden verwendet Ahlfeld bei seinen Versuchen nicht).

Im ganzen hat Ahlfeld 75 derartige Versuche gemacht. In 40 war die Desinfektion der Hände nach seinen Mitteilungen eine so tiefgehende, daß nach 1 Stunde und darüber mittels verschiedener zur Anwendung gekommener Methoden Keime nicht mehr nachgewiesen werden konnten. In 35 Fällen gingen Kulturen, darunter auch Staphylokokken an, und als Ursache hierfür führt Ahlfeld selbst als Möglichkeiten an, erstens, daß es sich um Bakterien handelt, die überhaupt nicht abgetötet werden können, zweitens, daß Verunreinigungen während der Ausführung des Experimentes vorgekommen seien, und drittens, daß es sich um eine unvollkommene Händedesinfektion gehandelt habe. Diese Erklärungsursachen genügen Ahlfeld zu der Behauptung, daß eine mindestens 5 Minuten dauernde Anwendung des hochprozentigen Alkoholes nach vorausgegangener Heißwasserwaschung

[2] Zentralblatt für Gynäkologie 1903. p. 1337.

bei einer geeigneten Hand und bei verständnisvoller, intensiver Anwendung eine so tiefgehende Wirkung habe, daß man von einer wirklichen Sterilisierung der Hände sprechen könne.

Auf Grund der Zweifel'schen Anregung habe ich dann im Sommer 1903 begonnen, die Ahlfeld'schen Versuche unter Berücksichtung der von ihm angegebenen Versuchsanordnung nachzuprüfen. Ich erfreute mich dabei der Beihilfe des Herrn Dr. Meissl (Wien), und nachfolgend seien zwei Versuche mitgeteilt.

I. Versuch. 1. Juni 1903. Versuchsperson: Dr. Meissl. Seit 4 Tagen kein Sublimat an den Händen gehabt. Nägel kurz. Hände in gutem Zustande. Handinfektion mit gelbem Luftpilz (Schäffer) von einer 4 Tage alten, gut gewachsenen Schrägagarröhre. Eintrocknenlassen 30 Minuten.

A. Mechanische Reinigung:

3 Minuten Wasser von 45° C, Kernseife, Bürste.

2 Minuten neue Schüssel, neues Wasser; neue Bürste; Kernseife; Nägelauskratzen.

5 Minuten neue Schüssel, neues Wasser, neue Bürste.

Abspülen der Seife mit sterilem Wasser.

B. Alkohol 96% während 5 Minuten; energische Bearbeitung der Hände mit steriler Bürste.

Abspülen des Alkohols mit sterilem Wasser und steriler Sodalösung.

C. Aufweichung der Hände

in sterilem Leitungswasser 7 Minuten,

in sterilem Leitungswasser 7 Minuten nach Wechsel von Schüssel und Wasser.

Dann in 0,05%iger Natronlauge 5 Minuten lang.

D. Zwei neue sterile Handschuhe werden in einer Schüssel mit sterilem Wasser angezogen; hinein 100 ccm steriles Leitungswasser mit reichlich Marmorstaub; Handschuhe an den Handgelenken festgebunden. Verbleiben der Hände 70 Minuten in den Handschuhen. Während dieser Zeit wird der Marmorstaub fleißig innerhalb der Handschuhe hin und her an den Händen gerieben. Nach Ablauf von 70 Minuten wird an jedem Handschuh eine Fingerkuppe mit steriler Schere abgeschnitten und das herausfließende Wasser und Marmorstaub in einem sterilen Zylinder aufgefangen. Dann werden die Hände, an denen noch Marmorstaub reichlich sitzen geblieben ist, mit dem Messer abgeschabt. Die ausgelaufene Flüssigkeit wird ebenso wie die Abschabsel in 32 Petrischalen verteilt.

Ergebnis: 18 Platten sind frei von gelbem Luftpilz und enthalten nur wenig Handkeime. In 30 Platten, welche ausgelaufene Flüssigkeit und Marmorstaub enthielten, fanden sich insgesamt 20 gelbe Keime, und 4 Platten, welche Abschabsel von der Hand enthielten, wiesen insgesamt 26 Kolonien auf.

II. Versuch. 25. Juli 1903. Versuchsperson: cand. med. Pfuhl, hat seit langer Zeit kein Sublimat mehr an den Händen gehabt. Hände in gutem Zustande. Infektion mit der gut gewachsenen Schrägagarröhre einer 4 Tage alten Kultur des gelben Luftpilzes (Schäffer). Eintrocknenlassen 30 Minuten. Desinfektionsverfahren wie in dem vorigen Versuch. Allein nach der Waschung mit Alkohol werden die Hände sofort in sterile Handschuhe gesteckt, in welche 100 ccm steriles Leitungswasser gegossen werden. Zubinden an den Handgelenken; Verbleiben 1 Stunde, während welcher die Hände fleißig gerieben werden. Dann wird der Handschuh an einem Finger äußerlich angesengt und das ausfließende Wasser in Petrischalen aufgefangen. Dann werden die Handschuhe ausgezogen und die Hände in der beschriebenen Weise nochmals aufgeweicht. Dann Keimentnahme mit Marmorstaub in der früher beschriebenen Weise[3].

[3] Füth und Mohaupt, Beiträge zur Händedesinfektion. Monatsschrift Bd. XVIII p. 842.

Insgesamt 20 Platten.

Ergebnis: In den Platten mit dem aus den Handschuhen aufgefangenen Wasser befindet sich eine gelbe Kolonie neben vielen Handkeimen. Einzelne Platten sind steril. In einigen Platten, welche die Abschabsel von den Händen enthalten, befinden sich hier und da 1—4 gelbe Keime.

Inzwischen traten andere Aufgaben an mich heran, und ich nahm diese Versuche erst im Sommer 1905 wieder auf und wurde dabei von meinem Mitassistenten, Herrn Dr. Scharpenack unterstützt. Die Versuche sind folgende:

III. Versuch. 16. Mai 1905.

Versuchsperson: Herr cand. med. Ickert. Seit 10 Tagen kein Sublimat mehr an den Händen gehabt. Eine 4 Tage alte, gut gewachsene Schrägagarkolonie des gelben Luftpilzes (Schäffer) wird mit 5 ccm sterilen Leitungswassers abgeschwemmt und dann auf die Hände eingerieben. Antrocknen 1/2 Stunde lang. Dann 5 Minuten Wasser von 45°. Hierauf Nägelauskratzen (dauerte 7 Minuten). Dann neue Schüssel, neues Wasser, neue Bürste, 5 Minuten lang. Sorgfältiges Abspülen der Seife in laufendem sterilen Wasser. Dann 3 Minuten Alkohol, 96%ig, mit der Bürste. Darauf 3 Minuten neuer Alkohol, mit Tuch eingerieben. Dann kommt jede Hand für 1 Stunde in einen sterilen Handschuh mit ca. 500 ccm ganz dünner Natronlauge (0,002 im Liter). Finger und Handrücken sind gut bedeckt. Finger werden andauernd hin und her bewegt. Der Handrücken mit den Fingern der anderen Hand zeitweise gerieben. Dann Keimentnahme in der früher beschriebenen Weise. 16 Abkratzplatten, 2 Luftkontrollplatten, 1 Pilzkontrollplatte.

Ergebnis: Der Pilz ist auf der Kontrollplatte gut gewachsen, die Luftkontrollplatte enthält keinen gelben Luftpilz. 2 Abkratzplatten ausgeschaltet (wegen Überwucherung). Insgesamt sind auf den 14 Abkratzplatten 129 gelbe Keime gezählt worden = etwa 9 Keime pro Platte.

VI. Versuch. 6. Juli 1905.

Herr Preiser. Alles wie 30. Juni. 1 Stunde lang in großen Handschuhen. Fausthandschuhe mit Daumen daran. Hinterher 5 Minuten 0,05% NaOH. Dann Keimentnahme.

16 Handplatten: 87 Keime pro Platte.

Außerdem stellten wir fest, daß auch der Aufenthalt der desinfizierten Hände in den Handschuhen während einer Stunde an sich den Keimen anscheinend nichts schadet.

VII. Versuch. 23. Oktober 1905.

Versuchsperson: Herr cand. med. Preiser.

Hände intakt. Kein Sublimat seit langer Zeit an die Hände gekommen. Heißwasseranwendung genau dieselbe. Das Nägelauskratzen dauerte 5 Minuten. Kein Alkohol. Die Hände kamen nach der mechanischen Reinigung 1 Stunde in große Fausthandschuhe, die nur Daumen hatten und in denen die Finger frei hin und her bewegt werden konnten. Die verwendete Natronlauge enthielt 0,068 NaOH als Karbonat und nur sehr wenig freies NaOH.

Ergebnis: Auf den Abkratzplatten waren unzählige gelbe Keime gewachsen. Beweis dafür: Nach nur mechanischer Desinfektion tötet der Aufenthalt in den Handschuhen allein die Mikroorganismen nicht.

Inzwischen erschien die bekannte Monographie von Sarwey: »Bakteriologische Untersuchungen über Händedesinfektion und ihre Endergebnisse für die Praxis«, Berlin 1905, August Hirschwald.

In dieser Arbeit, an die Sarwey anläßlich der gleichen Zweifel'schen Anregung herangegangen ist, teilt er die Ergebnisse von 17 strengstens nach Ahlfeld vorgenommenen Handschuhversuchen mit. Von allen Versuchshänden war durch die vorausgegangene Des-

infektion nicht eine einzige steril geworden. In allen Fällen war ein stark verminderter, aber doch noch mehr oder weniger erheblicher restierender Keimgehalt nachzuweisen. Sarwey wies vor allem Ahlfeld eine Fehlerquelle in seinen Versuchen nach, und dies ist meiner Meinung nach das wichtigste Ergebnis seiner dadurch grundlegenden Arbeit. Er ging nämlich in der Weise vor, daß er den Bouillonsaft aus den Handschuhen nicht nur wie Ahlfeld in Bouillonröhrchen, sondern auch auf festen Nährboden verteilte, und das gleiche nahm er mit den Abschabseln der Hände vor. Von den Bouillonröhrchen blieben nur $^1/_3$ steril, während die dazugehörigen Agarplatten der entsprechenden Proben sicher Keime enthielten. Damit ist die Versuchsanordnung Ahlfeld's als unrichtig erwiesen, weil er eben ausschließlich flüssige Nährböden verwendet hat[4]. Wenn ich trotzdem meine nur vier Versuche umfassenden Untersuchungen veröffentliche, so geschieht es, um wiederum zu zeigen, daß an ganz anderer Stelle, mit einer anders gearteten Versuchsanordnung (künstliche Infektion der Hände) genau dasselbe Ergebnis erzielt worden ist.

Aus meinen Versuchen geht gleichfalls unzweifelhaft hervor, daß der Alkohol eine keimvermindernde Eigenschaft besitzt. Und auch Sarwey hebt ausdrücklich hervor, daß es ihm nie eingefallen sei, die Alkoholdesinfektionsmethode als schlecht zu bezeichnen, ebensowenig wie Krönig und ich das ja getan haben: »Nur die von Ahlfeld auf die Spitze getriebene und hartnäckig festgehaltene Überschätzung seiner Methode ist es, gegen welche wir auf Grund der bakteriologischen Nachprüfungen Front machen mußten, und sie ist es auch, durch welche meines Erachtens Ahlfeld selbst seiner Methode am meisten geschadet hat.« Diese Worte Sarwey's kann ich voll unterschreiben.

Das war der erste Punkt, der mich zu diesem Vortrage veranlaßte.

Der zweite ist der, daß Ahlfeld unstreitig recht hat, wenn er dem Alkohol eine desinfektorische Wirkung zuschreibt. Nach seiner Meinung ist diese darin zu suchen, daß eine Kombination seiner wasserentziehenden Eigenschaft mit einer spezifischen Giftwirkung besteht, welche zusammen zum Absterben der Bakterien führe. Andere, wie Schäffer[5], schreiben dagegen dem Alkohol eine wesentlich mechanische Wirkung zu, indem er vermöge der Eigenschaft, Fett und Epithelien zu lösen, fast die Gesamtheit der überhaupt abkratzbaren Bakterien aus der Haut zu entfernen imstande sei. In ähnlichem Sinne spricht sich neuerdings Schumburg (l. c.) aus;

[4] Dieselbe Auffassung über die Nährböden teilt Schumburg, wenn er sagt, es sei nicht zweckmäßig, flüssig bleibende Nährböden zu verwenden, sondern bei Händedesinfektionsversuchen seien festwerdende am Platze. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXIX. 1906. p. 169.

[5] Weitere Beiträge zur Händedesinfektion. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. 1904. p. 707.

nach ihm wirkt die Alkoholwaschung wahrscheinlich mechanisch, insofern seine fettlösende Eigenschaft es ihm ermöglicht, die Haut auch in den feinsten Furchen und Winkeln zu benetzen, und so die Keime fortzuspülen.

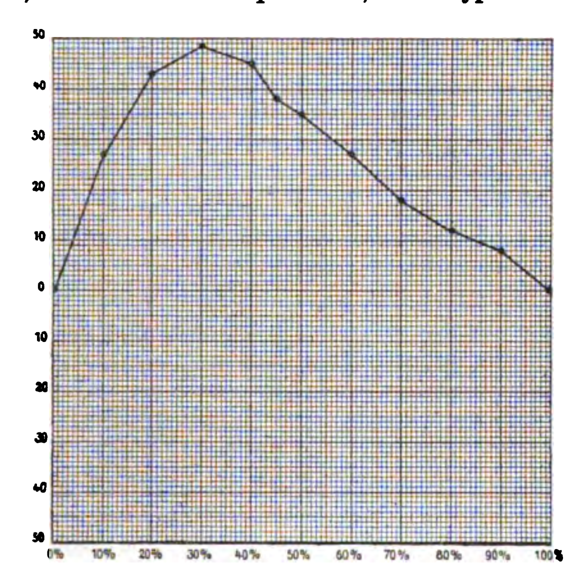
Zur Vervollständigung dieser dem Alkohol unzweifelhaft zukommenden Eigenschaften (Wasserentziehung, Lösung der Fette) möchte ich einen weiteren Beitrag liefern. Denn es ist in den bisherigen Erklärungsversuchen für die Wirkung des Alkohols nicht die Eigenschaft berücksichtigt worden, daß beim Zusammentreffen von Alkohol mit Wasser eine beträchtliche Wärmeentwicklung stattfindet. Bei dahingehenden, zunächst einmal tastenden Versuchen fand ich selber Wärmeerhöhungen bis zu 6°, und als ich mich in der Literatur danach umsah, wurde mir von Herrn Prof. Luther, Subdirektor des hiesigen physikalisch-chemischen Institutes eine Arbeit genannt, in welcher diese Frage der Wärmeentwicklung beim Zusammentreten von Alkohol und Wasser in exakter Weise untersucht worden ist. Die Arbeit ist von Davis und Page veröffentlicht in den Philosophical Transactions of the Royal Society of London für das Jahr 1869, Vol. CLIX. Nachfolgend gebe ich die tabellarische Zusammenstellung über die uns hier interessierenden Zahlen, und verweise bezüglich der Versuchsanordnung auf das Original.

Verwendete Mengen von		% der in der Mischung enthaltenen Gewichtsteile Alkohol	Korrigierte Erhöhung	In ° C bei 5 g der Mischung entwickelte Wärmeeinheiten
Alkohol in g	Wasser in g			
79,830	8,870	90	2,257	7,7025
73,2300	18,4075	80	3,369	12,4775
81,1280	34,7690	70	4,676	18,8200
62,1660	41,4440	60	6,280	27,2620
46,1850	46,1850	50	7,525	35,5850
37,0070	45,2308	45	7,910	38,8095
36,3675	54,9562	40	9,000	44,8630
29,2340	68,2125	30	9,140	47,9800
22,8025	91,2100	20	8,273	43,9545
11,2345	101,1105	10	5,060	26,6850

Nachfolgende Tabelle stellt das Ergebnis dieser Zahlen in nebenstehender Kurve zusammen.

Daraus ergibt sich also, daß die Erwärmung am stärksten ist, wenn die Mischung 30 Gewichtsprozente Alkohol enthält. Denn dabei beträgt die Temperaturerhöhung 9,1° C, und von 5 g der Mischung werden 47,98 Wärmeeinheiten entwickelt.

Diese Tatsache schien mir bemerkenswert genug, um ihr nachzugehen und ihre Geltung bei der praktischen Verwendung des Alkohols zu prüfen. Dabei fallen zwei Punkte sehr ins Gewicht: einmal die Tatsache, daß der Alkohol ohne vorherige Durchfeuchtung der Hände so gut wie keine desinfektorische Wirkung auszuüben vermag[6], trotzdem er doch Fett zu lösen imstande bleibt, und dann der von Riländer[7] an der Ahlfeld'schen Klinik geführte Nachweis, daß der Alkohol in die Tiefe einzudringen vermag. Ferner darf man wohl annehmen, daß die Keime in der Tiefe der Haut dieselbe Temperatur haben wie diese selber, und nach Matthes[8] hat die Haut an ihrer Oberfläche eine Durchschnittstemperatur von 33° C. Der Zustand der Haut ändert sich aber unter dem Einflusse des mechanischen Teiles der Händedesinfektion: Die an sich schon ein lebhaftes Blutgefühl (Bier) besitzende Haut quillt auf, wird hyperämisch und heiß.



Im allgemeinen steht nämlich fest, daß die Erwärmung der Haut leicht möglich ist, da sich die Wirkung der zugeführten Wärme und der dadurch erzeugten Hyperämie addieren. Ferner ist sicher, daß eine erhebliche Tiefenwirkung differenten Temperaturen gegenüber besteht, allerdings für die Kälte weit bedeutender als für die Wärme. Auf der anderen Seite aber klingen die durch die Wärmeeinwirkung gesetzten Veränderungen nur sehr allmählich ab, und der Temperaturreiz ist um so intensiver, je höher nach oben von der Indifferenzzone[9] die Temperatur liegt und je unvermittelter sie angreift, und ferner wird bei einem Wärmereiz, der eine gewisse Dauer hat, also nicht nur augenblicklich wirkt, natur-

[6] Weigl, Untersuchungen über die bakterizide Wirkung des Alkohols. Arch. für Hygiene Bd. XLIV. 1902. p. 192. Es muß ein bestimmter Wassergehalt da sein.

[7] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1902. Bd. XLVII. p. 4.

[8] Lehrbuch der klin. Hydrotherapie II. Aufl. 1903. p. 4.

[9] Der Indifferenzpunkt, in welchem man weder ausgesprochene Wärme-, noch Kälteempfindung hat, liegt nach Matthes für Wasser bei 34° C.

gemäß die eigentliche Wärmezufuhr mehr in den Vordergrund treten als die einfache Reizwirkung, welche wiederum künstlich durch anderweitige mechanische Reize (Bürsten) verstärkt werden kann (nach Matthes).

Für die Verwendung dieser Tatsache im Sinne der zur Erörterung stehenden Frage schicke ich voraus, daß ich stets Wasser von etwa 45° C anwandte, welches also 11° über dem Indifferenzpunkte lag und, wie sich bei einem Versuch ergab, nach 5 Minuten langem Seifen und Bürsten eine Temperatur von 37,7° aufwies. Die physikalische Wärmeregulierung schließt es aber aus, daß die Hände einfach die Temperatur des Wassers annehmen, und der Herr Kollege Matthes, dem ich für sein Interesse an dieser Frage zu großem Danke verpflichtet bin, schätzt die tatsächlich erreichte Wärmeerhöhung auf etwa 2°.

Der zur Verwendung kommende 96%ige Alkohol hat dann zunächst die Temperatur des Zimmers, wird sich aber schon bei der Berührung mit der auf den Händen befindenden Feuchtigkeit erwärmen (und natürlich auch verdünnen), und wird weiterhin durch das kräftige Bürsten auf seinem Wege in die Tiefe unterstüzt, in welcher die Temperatur gewiß schon höher ist als auf der Oberfläche der Haut. Dazu ist zu berücksichtigen, daß die Waschung mit Alkohol einen chemischen Reiz setzt, der mit einer Erhöhung der Temperatur einhergeht. So sah Heinz nach Alkoholumschlägen Temperatursteigerungen in der Pleurahöhle eintreten[10].

Deshalb ist es unter günstigen Umständen meines Erachtens durchaus möglich, daß der Alkohol eine Wärmeerhöhung bis zu 9° zuwege bringt und die Temperatur, wenn auch nur vorübergehend, auf weit über 40° ansteigt. Man kann ja immer einwenden, daß im bakteriologischen Experiment zur Abtötung der Keime länger einwirkende Temperaturen über 50° nötig sind; aber es erscheint mir durchaus möglich, daß auf die genannte Weise ein einzelliger Organismus in seiner Entwicklung gehemmt wird (oder auch abstirbt, wenn es dem Alkohol gelingen sollte, in den Zelleib selber noch einzudringen). So können ja Gonokokken nach den Untersuchungen von Flügge, Schäffer, Wertheim u. a. Temperaturen von 40—42° nicht mehr ertragen und gehen zugrunde. Inwieweit man aber gerade von einer längeren Einwirkung der unter Alkoholwirkung unzweifelhaft sich erhöhenden Temperatur sprechen kann, und inwieweit sich die Temperatur im einzelnen Falle tatsächlich erhöht, ist natürlich schwer zu sagen, und bei etwaigen Einwänden wolle man bedenken, daß ich durchaus nicht der Meinung bin, in der Erklärung der desinfektorischen Wirkung des Alkohols sei das letzte Wort gesprochen, sondern daß ich es nur für interessant genug erachtete, den anderen Eigenschaften des Alkohols die obenerwähnte physikalische Tatsache an die Seite zu stellen. Vielleicht ist sie auch geeignet zur Aufklärung des Widerspruches

---

[10] Cit. Klapp, Über Bauchfellresorption. Habilitationsschrift. Jena, G. Fischer, 1902. p. 19.

beizutragen, der darin liegt, daß Ahlfeld mit dem 96%igen, Epstein mit dem 50%igen, Minervi mit dem 70%igen, Hägler mit dem 60—70%igen die besten Ergebnisse erzielte, während Weigl den 80—90%igen als dem 50—70%igen überlegen bezeichnete. Denn es ist durchaus möglich, daß der verschiedene Feuchtigkeitsgehalt der Untersuchungsobjekte und der der Hände, die ja bei den einzelnen Versuchspersonen in ganz verschiedener Weise quellen, im Sinne der obigen Tabelle eine Rolle spielt.

II.

(Aus Dr. Gutbrod's Frauenklinik in Heilbronn.)

„Amasira", ein innerliches Mittel bei Dysmenorrhöe.

Von

Dr. Gutbrod,

Frauenarzt in Heilbronn a. Neckar.

Vor ca. einem Jahre wurde mir von der Firma A. Locher in Stuttgart ein größeres Quantum »Amasira« zur Verfügung gestellt, mit der Bitte, bei geeigneten Fällen dieses neue Mittel gegen Dysmenorrhöe und allen schmerzhaften Begleiterscheinungen der Menstruation, versuchen zu wollen. Häufig wird man ja wegen dieser teils leichteren, teils aber auch recht schweren Menstruationsstörungen in der gynäkologischen Praxis in Anspruch genommen. Daß man leider nicht immer die Ursache dieser Krankheit festzustellen in der Lage ist, haben erst vor kurzem wieder die an den Vortrag von Olshausen in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie sich anschließenden Diskussionsbemerkungen gezeigt.

Bei Dysmenorrhöen, die durch Stenosen bedingt sind, habe ich selbstverständlich a priori verzichtet, das Mittel anzuwenden, in der sicheren Voraussetzung, daß dabei von einem Erfolge keine Rede sein könnte. Nur in einem Fall, in welchem die Dilatation negiert wurde, gab ich »Amasira«, ut aliquid fiat, aber, wie vorauszusehen war, mit negativem Erfolge.

Hauptsächlich aber bei Virgines, bei welchen rektal kein objektiver pathologischer Befund zu erheben war, konnten glänzende Erfolge erzielt werden, und ich weiß nur ganz vereinzelte Mißerfolge, bei denen Opiate, Salipyrin usw. auch versagt haben. Vielleicht handelte es sich bei diesen Fällen ebenfalls um Stenosen, die eben, wegen Negierens der vaginalen Exploration, nicht zu diagnostizieren waren. Sonst aber half das Mittel stets prompt.

Die Zusammensetzung ist auf jeder Schachtel genau angegeben, so daß jederzeit im pharmazeutischen Laboratorium festgestellt werden kann, welche Bestandteile die heilenden sind. Ich glaube, es ist nicht zuviel gesagt, wenn man von heilenden Bestandteilen spricht, denn jeder, der das Mittel probiert, wird finden, daß nach mehrmaligem

hintereinander folgenden Gebrauch die weitere Darreichung von »Amasira« überflüssig ist.

Noch nicht erprobt habe ich die Wirkung in der Geburtshilfe, bei falschen oder bei allzu schmerzhaften Wehen.

Jedenfalls bin ich in der Lage, auf Grund meiner Erfahrungen, dieses Mittel den Herren Fachkollegen zu empfehlen, und es werden auch, soweit mir bekannt ist, in anderen Kliniken ebenfalls mit »Amasira« Versuche angestellt.

Einen besonders eklatanten Fall möchte ich im folgenden kurz mitteilen.

Frau E. W., 34 Jahre alt, wurde von anderer Seite wegen Dysmenorrhoea membranacea vor $1^1/_2$ Jahren curettiert. Im Anschluß an die Abrasio rechtsseitiges vereitertes perimetrisches Exsudat, welches inzidiert werden mußte. Vor ca. $1^1/_4$ Jahr kam sie in meine Behandlung, weil die Abrasio ohne Erfolg geblieben war, betreffs der Dysmenorrhöe. Die vaginale Untersuchung ergab einen linksseitigen mannskopfgroßen Ovarialtumor, Uterus von normaler Größe, Sondieren äußerst schmerzhaft, »wie beim Unwohlsein«.

Laparotomie. Glatte Heilung. Die Dysmenorrhoea membranacea bestand fort, trotz Belladonna-Opiumsuppositorien und Salipyrin. Nach $^1/_4$ Jahr kommt Pat. wegen unerträglicher Schmerzen auf der rechten Seite; sie hatte jetzt einen mannskopfgroßen Tumor des rechten Ovariums, welcher mittels Laparotomie entfernt wurde, unter Erhaltung eines geringen Teiles der Ovarialsubstanz. Glatte Rekonvaleszenz.

Nach ca. 4 Monaten traten zum ersten Male wieder die Menses ein, unter den gräßlichsten Schmerzen, viel schlimmer als früher. Ich gab ihr »Amasira«. Der Erfolg war glänzend. Noch nie zuvor war die Pat. so wohl bei der Menstruation gewesen. Noch zweimal holte sie sich das Mittel; dann nicht mehr. Bei einer vor kurzem vorgenommenen Untersuchung mit der Sonde spürte sie überhaupt nichts mehr.

III.

Über Benutzung des stumpfen Hakens zur Erleichterung der Armlösung.

Von

Ernst Hoerschelmann in Rappin (Livland).

Der stumpfe Haken gilt mit Recht für ein gefährliches Instrument, daher wird von manchen Geburtshelfern seine Anwendung bei der Extraktion am Steiß widerraten oder doch nur bei bereits abgestorbenem Kinde gebilligt. Erst kürzlich ist in dieser Zeitschrift der beachtenswerte Vorschlag gemacht worden, an seiner Stelle einen Gummischlauch mit Leinwandeinlage zu benutzen[1].

Dennoch hat der stumpfe Haken sein, wenn auch beschränktes, Indikationsgebiet und findet sich in fast jeder geburtshilflichen Tasche. Diese Mitteilung verfolgt nun den Zweck, auf ein neues Anwendungsgebiet des Hakens hinzuweisen, nämlich auf seine Benutzung bei der Armlösung, zwar nicht als Normalverfahren, sondern vielmehr als ein

[1] Ein neues Hilfsmittel bei der Extraktion am Steiß von Dr. Oscar Wienskowitz in Löbau (Sachsen). Zentralblatt für Gynäkologie 1906. Nr. 13.

Notbehelf bei schwierigen Fällen. Die Armlösung gestaltet sich bei hoch heraufgeschlagenem Arm zu einem erheblich leichteren Eingriff, sobald die in Angriff genommene Schulter tiefer tritt. Zu dem Zweck werden ja auch die Füße des Kindes erfaßt und zur Leistenbeuge der anderen Seite erhoben. Das Tiefertreten der Schulter läßt sich nun, wie ich mich in zwei Fällen überzeugt habe, leicht durch einen mäßigen Zug an dem zwischen Kopf und emporgeschlagenem Arm eingeführten stumpfen Haken bewerkstelligen. In Fällen, wo durch vorhergegangene schwierige Extraktion am Steiß oder nach Wendung die Finger und Hände des Geburtshelfers bereits äußerst ermüdet sind, sachkundige Assistenz aber wie so häufig draußen in der Praxis nicht zur Stelle ist, halte ich eine derartige Anwendung des stumpfen Hakens für ein willkommenes Aushilfsmittel. Der Haken wird über den Rücken des Kindes eingeführt, greift vermöge seiner Krümmung über die Clavicula herüber und findet zwischen Kopf resp. Hals und hoch emporgeschlagenem Arm eine vollkommen sichere Lage. Durch mäßigen Zug nach abwärts tritt die Schulter tiefer, der Arm entfernt sich etwas vom Kopfe und kann nun leicht durch die üblichen Handgriffe völlig gelöst werden. Das erste Mal wandte ich den stumpfen Haken in dieser Weise bei einer Primipara und Steißlage an, bei der eine sehr schwere Extraktion des Steißes vorhergegangen war; es wurde nur die hintere Schulter mit dem Haken tief gezogen, die Lösung des vorderen Armes gelang leicht. Im zweiten Falle handelte es sich um eine verschleppte dorso-anteriore Querlage mit Vorfall des linken, stark angeschwollenen Armes. In tiefer Narkose war die Wendung noch ausführbar; da aber versäumt worden war, den vorgefallenen Arm anzuschlingen, schlug er sich herauf und machte bei der Extraktion erhebliche Schwierigkeiten. Irgendwelche Verletzungen hat der stumpfe Haken in beiden Fällen nicht gesetzt. Dieses ist bei vorsichtiger, zielbewußter Anwendung wohl die Regel, da der unvermeidliche Druck einzig und allein eine sehr starke Körperregion — die Schulter — treffen darf.

Anm. b. d. Korr. Die Armlösung mit dem stumpfen Haken ist auch von H. Fritsch in seiner »Klinik der geburtshilflichen Operationen« empfohlen worden.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenanstalten.

1) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Leipzig.

544. Sitzung am 26. Februar 1906.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

Herr Zweifel eröffnet die Sitzung mit einem Nachruf auf das verstorbene Ehrenmitglied der Gesellschaft, Herrn Geh.-Rat Prof. Gusserow (Berlin), zu dessen ehrendem Andenken sich die Anwesenden von ihren Plätzen erheben.

I. Demonstrationen.

1) Herr Thies demonstriert eine Pat. mit perniziöser Anämie.

Pat. ist 26 Jahre alt, Ipara; am 5. Tage des Wochenbettes. Sie hat im 17. Jahre die ersten Menses gehabt. Diese traten alle 4 Wochen auf, 8 Tage lang, stark.

Letzte Menses Ende Juli v. J. Bis zum 20. Jahre war Pat. gesund, seitdem bleichsüchtig. Seit Anfang September ist sie sehr blaß. Seit 6 Wochen hat sie hochgradige, sich immer steigernde Beschwerden, seit 4 Wochen ist sie bettlägerig. Herzklopfen, Atemnot, die Blässe und Mattigkeit haben immer zugenommen. Seit 5 Wochen ist sie in ärztlicher Behandlung; vom Hausarzte wird sie in die Klinik geschickt.

Es fand sich vor 7 Tagen folgender Befund: Die Pat. ist hochgradig blaß; die Haut des Körpers vom Halse bis zu den Füßen stark ödematös geschwollen. Die Pat. hat starke Atemnot. Die Atmung ist schwer. Am Herzen über der Basis und namentlich über dem rechten Herzen systolisches Geräusch. Der Harn enthält Spuren von Eiweiß und einzelne weiße Blutkörperchen, keine Zylinder. Die Milz ist eben unter dem Rippenbogen palpabel, die Leber vergrößert, deutlich tastbar. Lunge ohne Befund. Im Blute sind die roten Blutkörper auf etwa 2100000 herabgesetzt, die weißen auf 16000 gestiegen. Der Hämoglobingehalt beträgt nach Tallquist etwa 50%. Im Blute befinden sich Poikilocyten, Makro- und Mikrocyten, einzelne kernhaltige Erythrocyten. Unter den weißen Blutkörperchen sind namentlich die polynukleären Leukocyten vermehrt, die Lymphocyten gering; Markzellen fehlen.

Bei dieser Pat. wurde zuerst versucht, durch Diuretika die Ödeme zum Schwinden zu bringen; doch das gelang nicht. Es wurde dann sofort der Partus eingeleitet (8. Monat). Intra partum trat starke Atemnot und Kollaps auf, so daß das Kind, das in Steißlage lag, sofort extrahiert werden mußte. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Spontangeburt der Placenta auf leichten Druck. Geringe Blutung. Heiße Spülung. Uterustamponade.

Die Pat. erholte sich nach dem Partus etwas, doch kollabierte sie verschiedene Male trotz andauernder Gabe von Diuretika (Acet. Scillae, Koffein und Digitalis). Seit dem Partus leidet sie noch an Orthopnoe, doch ist der Status etwas besser geworden. Die Lochien sind normal, der Uterus klein, nicht druckempfindlich. Die Temperatur schwankt zwischen 37,0 und 38,8°.

Die Pat. macht auf den ersten Blick den Eindruck, als ob eine sekundäre Anämie bestehe. Doch hat sie beim Partus noch nicht 200 g Blut verloren; frühere Blutverluste sind nicht vorgekommen.

Es könnte nur eine schwere Chlorose, eine Leukämie oder progressive Anämie bestehen.

Die Chlorose und Leukämie sind wegen des Blutbefundes ausgeschlossen. Es besteht eine perniziöse Anämie, obwohl das Bild nicht als ein ganz reines zu bezeichnen ist. Die Krankheit begann stärker nach dem 6. Monate, doch schon im Beginne der Gravidität setzte sie schleichend ein. Die schon mehr oder weniger anämische Frau bekam seit 6 Wochen Mattigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Herzklopfen, Atemnot. Das Aussehen wurde immer blasser, die Haut sah wachsartig fahl aus, wie dieser Zustand ja jetzt auch noch vorhanden ist.

Die Pat. ist seit 4 Wochen vollkommen bettlägerig, sie kann die Beine nicht erheben. Jeder Druck löst Schmerzen in den langen Röhrenknochen aus. Über dem Herzen besteht ein systolisches Geräusch, das namentlich an der Basis und dem rechten Herzen sich findet. Der Puls schwankt zwischen 125—155. Er ist jetzt wegen der Digitaliswirkung stärker gespannt. Ödeme, Blutbefund, Urin und Körpertemperatur, alle diese Punkte lassen darauf schließen, daß wir es mit einer perniziösen Anämie zu tun haben. Auffallend ist nur, daß der Hämoglobingehalt so stark vermindert und die Zahl der Leukocyten stärker vermehrt ist. Doch diese Leukocytose kann eine physiologische Schwangerschaftsleukocytose sein.

Wenn auch die Symptome sich gebessert haben und der Zustand der Pat. augenblicklich kein so gefährlicher zu nennen ist, wie vor und während des Partus, so ist die Prognose hier doch als zweifelhaft zu stellen.

2) Herr Thies: Demonstration eines Sakralparasiten.

Das Kind stammt von gesunden Eltern, ist 23 Tage alt. Es hat anfangs zugenommen, aber augenblicklich starke Abnahme. Es befindet sich am Steiß ein faustgroßer Tumor, der den Anus nach vorn und abwärts gedrängt hat. Der Tu-

mor ist auf der Höhe ulzeriert, die Oberfläche ist höckerig. Im Röntgenbild ist scheinbar ein kleiner Knochen in diesem Tumor zu erkennen. Es ist eine Inclusio foetalis sacralis perinealis. Genaueres wird die spätere Sektion ergeben.

II. Herr Plaut: Über Missed labour (Missed abortion) mit Demonstration.

Unter Missed labour verstehen wir nach Oldham (Guy's hospital reports 1847) die Verhaltung der abgestorbenen (reifen) Frucht in der Uterushöhle über die normale Tragzeit hinaus. McClintock hat (Dublin journ. of med. sciences 1864) die Unterabteilung Missed abortion geschaffen für Abortiveier bis zum 5. Monate, die denselben Typus zeigen. Mit Missed labour bezeichnen wir kurz auch beide Vorgänge.

Auszuschließen sind Fälle, die besonders früher dahin gezählt wurden, von Extra-uterin-Schwangerschaft, Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn, interstitielle Schwangerschaft, kurz alle Fälle, in denen eine Gebärunmöglichkeit besteht; also auch solche, bei denen die Cervix durch Geschwülste verlegt ist. Deshalb sind (entgegen E. Fränkel's Ansicht) nur die Fälle mit intraparietalen Tumoren hierher zu rechnen (Sänger, Strong, Praël), denn nach Enukleation von Cervixmyomen oder solchen im unteren Uterinsegment kann ohne Störung die Entbindung normal verlaufen (Flaischlen).

Die retinierten Früchte werden später spontan oder künstlich geboren, meist im Zustande der Eintrocknung (Mumifikation) oder mazeriert oder im Zustande der Verjauchung; sehr selten tritt Lithopädionbildung ein.

Unsere Gesellschaft ist hervorragend an der Geschichte von Missed labour beteiligt. 1876 demonstrierte Leopold seinen Fall, der durch luetische Peritonitis ausgezeichnet bzw. veranlaßt war. 1878 kam Hennig's und Becker-Lauriet's Fall von Lithopaedion uterinum. 1884 berichtete Sänger über Missed labour bei multiplen Fibromen der Uteruswand, in demselben Jahre Strong. Schließlich hat unser gegenwärtiges Mitglied Graefe (Halle) eine der bedeutendsten Arbeiten über intra-uterine Fruchtretention mit einer Kasuistik von 70 Fällen geliefert. Entgegen Mueller (Stoltz) 1878 und Marcopoulos-Pinard (1893!), die das Vorkommen von Missed labour leugnen, ist das Bestehen desselben durch Autopsie wie Laparotomie zweifellos sichergestellt.

Ehe ich mein Präparat demonstriere, erwähne ich einen typischen Fall von Missed abortion aus meiner Praxis, den ich genau kontrollieren konnte.

Frau Kr., anfangs 30er Jahre, schlank, etwas zart, stets gesund, fünf lebende Kinder, konsultierte mich am 7. Dezember 1899. Sie fühle sich zum sechsten Male schwanger. Letzte Menses Juni 1899. Das übliche Zeichen, das sie bei sämtlichen Schwangerschaften gehabt, gesteigerte Eßlust, sei auch diesmal aufgetreten, aber nach ca. $3^1/_2$ Monaten geschwunden. Im Oktober sei sie einem Eisenbahnzug angestrengt nachgelaufen, so daß sie sich mehrere Tage krank fühlte. Seitdem geringere Eßlust, und der Leib werde nicht stärker. Sonst keinerlei Beschwerden. Ich fand die Gebärmutter dem 4. Schwangerschaftsmonat entsprechend vergrößert, Fundus uteri etwa in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Portio erhalten; keine fötalen Herztöne. Die Diagnose Missed labour bestätigte sich durch den gleichen Befund am 29. Dezember. Ende Januar 1900 etwas Blutabgang. 1. Februar Befund unverändert, Blutung besteht nicht mehr. Am 5. Februar setzte die Entbindung mit leichten Wehen und leichter Blutung ein. Ich exprimierte ohne Mühe das vollständige Ei, das, etwa gänseeigroß, den wohlerhaltenen, plattgedrückten, mumifizierten Fötus ohne Fruchtwasser enthielt, »wie ein Paket« von der speckig-fibrösen Placenta eingeschlossen; das Alter entsprach dem 3.—4. Monat. Am 6. Tage Blutung, weshalb ich Abrasio vornahm. Seitdem ist Frau K. gesund und hat nach $1^1/_2$ Jahren ein sechstes lebendes reifes Kind leicht, ohne Arzt, geboren.

Das vorliegende Präparat stammt von der 28jährigen Frau Fr., VIIpara. Gleichfalls stets gesund, keine Zeichen von Syphilis. Ich wurde am 14. Juni 1905 gerufen wegen heftiger Blutung mit Ohnmacht nach der Geburt dieser Frucht. Letzte Regel am 25. September 1904. Am 18. November 1904 auf dem Abtritte

Blutabgang aus der Scheide nach vorausgehender Mißhandlung seitens des Ehemannes. Seitdem zeigte sich fortdauernd etwas Blut oder Matsch. Fruchtbewegungen Ende Februar oder Anfang März 1905, nur ca. 8 Tage lang. Von da ab Dünnerwerden des Leibes, Abschwellen der Brüste, aber Wohlbefinden. Nur beim Bücken zuweilen Schwindel. Geburt hatte damals mit Kreuzschmerz und Blutung begonnen und war nach ca. 1 Stunde beendet. Dann heftige Blutung und Ohnmacht, so daß die Hebamme die Scheide ausstopfte. Nach Entfernung der Tamponade Blutung gering; heiße Lysolausspülung, wobei flockige Reste, ähnlich Zottengewebe, abgingen. Auch diese Pat. befindet sich seitdem wohl; jetzt Menses etwas stärker als früher und 3wöchentlich, anstatt wie sonst 4wöchentlich. Das Ei, dem zahlreiche Blutcoagula anhafteten, roch frisch. Der Embryo, von den Eihüllen eng umschlossen, mumifiziert, hat jetzt, nach Schrumpfung im Spiritus, eine Länge von über 22 cm, Steiß-Kopfmaß reichlich 11 cm. 5—6 Monate alt, gehört er zu den eigentlichen Fällen von Missed labour. Placenta speckschwartenähnlich, zeigt das Bild bindegewebiger Nekrose. Das mikroskopische Präparat, das ich der Güte des Herrn Dr. Füth verdanke, ergibt den gewöhnlichen Befund: derb-fibröses, nekrotisches Gewebe nach der Decidua basalis zu, wohlerhaltene Zotten mit Epithel in der Nähe des Chorion.

Den gleichen Vorgang hat die Frau am 18. August 1904 an sich beobachtet, nur nach 7monatiger Tragzeit (habitueller Missed labour bzw. abortion). Gleichfalls Mißhandlung vorher. Nach dem 4. Monate blutige Abgänge und Dünnerwerden des Leibes, so daß sie vor der Niederkunft wieder ganz schlank war. Keine Kindsbewegungen. Frucht damals gerade so, nur etwas kleiner. Bloß durch Hebamme entbunden; gleichfalls Blutung hinterher, die nach 2 Tagen auf Umschläge aufhörte.

Die Ätiologie betreffend, muß man die Frage des Geburtseintrittes aufrollen, die noch ungelöst ist: Reizung der cervicalen Ganglien (Keilmann, Knüpffer), verminderter Widerstand der Ausführungswege, Erlöschen des Einflusses des Wehenhemmungszentrums (Schatz), Eintritt des 10. Periodentermines (vergleiche O. Schäffer), Veränderung des Blutes usw. genügen nicht völlig zur Erklärung. Noch weniger geklärt wie die Ursache des Geburtseintrittes ist die Frage nach der Ursache der Retention der abgestorbenen Frucht. Missed labour heißt wörtlich »verfehlte, d. h. erfolglose, Geburtsarbeit«. E. Fränkel weist darauf hin, daß bei (etwaigem) Weheneintritte der Tod der Frucht sofort erfolgt, im Unterschied zur Übertragung der Frucht. Graefe meint, daß die Ursache der Verhaltung bei der Mutter zu suchen sei, nicht beim Ei, wegen biologischen Verhaltens der Placenta. Nach Merttens wachsen Placentarzotten nach Fruchttod noch in die Breite ohne Neusprossung. Ähnlich O. Schäffer. E. Fränkel sucht den einheitlichen Grund für alle Fälle in verminderter austreibender Kraft des Hohlmuskels einerseits und in vermehrtem Widerstande des Dehnungsschlauches andererseits. Das Schema paßt nicht für die meisten Fälle von Missed abortion, deshalb will Fränkel letztere Erscheinung ganz eliminieren. Eine einheitliche Ursache für alle Fälle ist überhaupt nicht aufstellbar. Dagegen fällt mir bei vielen Fällen in der Literatur die Erwähnung von Trauma oder Peritonitis auf. Das fehlt auch in meinen Fällen nicht. Schwächung der Muskulatur durch Peritonitis ist für viele Fälle die wahrscheinliche Ursache, oder auch gestörte Innervation (Zweifel u. a.). Dadurch sind sowohl nachfolgende glatte Spontangeburten (mein erster Fall), wie habitueller Missed abortion (mein zweiter Fall) erklärbar. Andere Ursachen werden in Giftwirkung von Toxinen (Klein) oder Heilmitteln (McClintock-Barden) gefunden. Madje und Bodham sehen in Lähmung der unteren Körperhälfte den Grund der Verhaltung. Dagegen sprechen die gefühllosen Geburten bei Paralytischen und Tabischen.

Subjektive Symptome bei Missed labour sind unbedeutend. Zuweilen Fröste, Kopfschmerzen, Anorexie (Toxinwirkung?), zuweilen psychische Depression. Auffälliger sind die regressiven Vorgänge: Dünnerwerden des Leibes, Abschwellen der Brüste.

Die Diagnose wird gesichert durch Abnahme oder Gleichbleiben des Uterus

bei wiederholten Untersuchungen, Fehlen der kindlichen Herztöne, Ausschluß von Nebenhorn- oder Extra-uterin-Gravidität und Tumoren.

Die Prognose bei Missed abortion ist meist nicht ungünstig, Gefahr der Blutung nicht sehr groß; Verjauchung selten, da das Ei meist geschlossen. Bei reifer, abgestorbener Frucht, Missed labour, gleichfalls meist günstige Aussicht. Denn die Toleranz des Uterus ist sehr groß. Das lehrt der Fall von Freund, der nach 10 Jahren den Kopf und die Placenta des Fötus entfernte.

Therapie im allgemeinen abwartend; das lehren unsere Fälle, wie die von Rissmann, Krevet, Kelly u. a. Bei Verjauchung, etwa infolge eröffneter Fruchtblase, ist sofortige Entfernung angezeigt. Event. vaginaler Kaiserschnitt und nachfolgende Totalexstirpation.

Verdeutschung des Namens Missed labour ist erwünscht, zumal ja auch nicht regelmäßig Wehen beim Absterben der Frucht eintreten, wie der Ausdruck involviert. »Unterbliebene Geburt« (Ahlfeld) besagt nichts über das wichtigste Symptom, den Fruchttod. Empfehlen dürfte sich, »Verhaltung der abgestorbenen Frucht« zu sagen; oder noch kürzer für die häufigen mumifizierten Früchte: »Eintrocknung der mumifizierten Frucht«. In dem Wort Eintrocknung ist das Absterben bereits ausgedrückt.

III. Herr R. Freund (Halle a. S.): Über atretisches Nebenhorn[1].

Bericht über zwei Fälle der Hallenser Klinik aus dem Kapitel Uterus bicornis unicollis mit verschlossenem Nebenhorn. Der erste betrifft eine 21jährige IIpara, verheiratet, stets gesund, sehr zarte Person. Periode seit dem 15. Jahre, regelmäßig, ohne Beschwerden. Letzter spontaner Partus Dezember 1904. Letzte Regel vor 4 Monaten. Seit 4 Wochen rechtsseitige Unterleibsschmerzen, von der Seite nach der Mitte hin ziehend. Es wird per vaginam ein gut mannsfaustgroßer, sehr weicher Tumor, welcher der rechten Uteruskante dicht anliegt, konstatiert, und der Schwangerschaftszeichen wegen die Diagnose auf wahrscheinlich lebende interstitielle Gravidität gestellt. Bei der Laparotomie stärkere Netzadhäsion vom hinteren oberen Fruchtsackbezirke, der dort etwas blutrünstig erscheint, gelöst. Beim Herausheben des Tumors platzt derselbe an der eben bezeichneten Stelle und schleudert einen lebenden Fötus vom 3. Monate samt der serotinalosen Placenta heraus. Absetzen des Fruchtsackes im Uterusfleische, da kein deutlicher Stiel vorhanden, und Exstirpation desselben mit Lig. rot., Tube und Ovar. Sorgfältige Versorgung des fleischigen, blutenden Stieles mit starken Catgutknopfnähten. Uterus lag nach links abgebogen; die linken Adnexe normal. Glatte Heilung.

Die starke Retraktion der Wandungen, der relativ tiefe Ursprung der Adnexe, die Länge der Tube, besonders aber der mikroskopisch absolut solid-muskulöse, lumenlose Stiel spricht gegen interstitielle, aber für Gravidität im atretischen Nebenhorne.

Das Ovarium derselben Seite trägt das Corpus luteum; es hat also die Befruchtung durch äußere Überwanderung des Samens stattgefunden. — Histologisch sei hervorgehoben, daß eine Decidua fehlt; die Zotten liegen mit oder ohne Vermittlung von Fibrinmassen der Muscularis an und drängen sich allenthalben in die verschieden stark dilatierten Muskelvenen hinein. Deutliches Einsprossen an den Berührungsstellen von den Langhans'schen Zellsäulen in die Muskulatur und in die Gefäße. Muskulatur relativ stark hypertrophiert und völlig durchsetzt von chorioepithelialen Elementen. An den gedehntesten Wandbezirken (besonders nahe der Rupturstelle) Ödeme und Blutextravasate zwischen die Muskelbündel, die hier stark modifiziert erscheinen.

Nach den neuesten Ergebnissen darf man allgemein über die Eientwicklung im uterinen wie extra-uterinen Fruchthalter resümieren: Das Schicksal einer Gravidität hängt vom Entwicklungszustande des Fruchthalters ab; je dürftiger der Mutterboden, sei es durch primäre Anlage, sei es durch erworbene Verhältnisse, desto destruktiver das Wachstum der Zotten, welche zur Erlangung hinreichender Nahrung für das Ei tiefer in die Venen der

[1] Der Vortrag wird demnächst ausführlicher publiziert werden.

Wand eindringen müssen. Dadurch, wie auch im vorliegenden Falle, Zirkulationsbehinderung im venösen Abflußgebiete, Stauungen mit nachfolgender Vertiefung der intervillösen Räume, andererseits mit blutiger und seröser Durchtränkung der Wandschichten, welche dadurch in ihrer Haltbarkeit geschädigt werden. Die Ruptur bereitet sich auf diese Weise allmählich in der Wand vor und hat in der Regel an dem gedehntesten Bezirke, der durch die lateralen Partien der medialen Hornwand repräsentiert wird, statt.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine Hämatometra in einem atretischen Nebenhorne. Pat., 44 Jahre alt, seit dem 16. Jahre regelmäßig menstruiert. Seit dem 23. Jahre steril verheiratet. Im 31. Jahre wegen anfallsweise auftretender Kreuz- und Leibschmerzen Aufnahme in die Hallenser Universitäts-Frauenklinik, wo Kaltenbach die linksseitigen entzündlichen, cystischen Adnexe bei vergrößertem Uterus exstirpierte. Jetzt, nach 13 Jahren, Wiederaufnahme in die Klinik wegen krampfartiger Schmerzen links, besonders bei Periode. Es wird jetzt ein aus zwei apfelgroßen Tumoren bestehender Uterus bei einfacher Cervix und Vagina festgestellt und wegen vermeintlichen Myoms die Totalexstirpation ausgeführt (E. Bumm). Glatte Heilung.

Aufgeschnittenes Präparat zeigt deutlich die typische Gestalt des rechtsseitigen Uterus unicornis mit kornual einmündender Tube an dem zugespitzten Fundus. Die Korpusmucosa dieses offenen Hornes ist in hochgradiger glandulärer Hyperplasie begriffen. Links sitzt breitbasig das rundliche, atretische Nebenhorn (lumenloser Stiel) auf und birgt einen haselnußgroßen Blutkern, welcher eine mit niedrig-kubischem Epithel allseitig ausgekleidete Höhle einnimmt. Andeutung von Drüsenbildung spärlich, wie bei infantiler Schleimhaut. Der Rest der ehemals abgetragenen Tube läuft als ein fast solider, rundlicher Strang zur Höhle. Im Innern dieses Stranges Blutpigmentzellen, welch letztere besonders zahlreich nahe dem Oberflächenepithel in der Nebenhornwand liegen.

Laut Anamnese möglicherweise Entstehung der Hämatometra erst nach der Adnexexstirpation, es würde dann die Reflextheorie Olshausen's zu Recht bestehen; allein der längere Zeit vorhandene Adnextumor (die exstirpierte Tube enthielt damals kein Blut) spricht dagegen. Dagegen weisen die histologischen Befunde auf die Richtigkeit der Resorptionstheorie (Leopold) hin, wodurch sich auch die Abnahme des Inhaltsdruckes der Hämatometra, deren komprimierende Wirkung am Epithel ausbleibt, veranschaulicht. Ferner beweist dieser Fall, daß auch eine dürftige Nebenhornschleimhaut anstandslos menstruieren kann; gewöhnlich soll dieselbe ja amenorrhoisch sein.

Diskussion. Herr Füth: Bereits vor einer Reihe von Jahren habe ich mich in der gleichen Weise wie Herr Freund dahin ausgedrückt[2], daß die Art und Weise, wie das Ei in der Tube eingebettet werde, als eine Anpassungserscheinung des Eies an den zu seiner Fortentwicklung ungeeigneten Fruchthalter zu bezeichnen sei, und wenn ich hier nochmals darauf zurückkomme, so geschieht dies, weil Risel[3] ein Präparat des verstorbenen Prof. Saxer unlängst beschrieben hat, in welchem das Ei sich dicht am Uterushorn entwickelt hatte und die Sprengung der Kapsel mit konsekutiver freier Blutung durch Ruptur, nicht durch Usur, veranlaßt wurde. Es wird sich fragen, ob dies eine Ausnahme ist, welche als solche die Regel bestätigt; jedenfalls ist Risel der Meinung, daß die mikroskopischen Präparate sehr für die Annahme einer Einsenkung des Eies in die Schleimhaut zu sprechen scheinen.

Herr Zweifel: Die Placenta greift in die Breite und in die Tiefe (diffuse Placentation).

Herr R. Freund (Schlußwort): In der diffusen Placentation bei ektopischen Schwangerschaften haben wir den Beweis für die Dürftigkeit des Mutterbodens,

---

[2] Archiv für Gynäkologie 1901. Bd. LXIII: Über die Einbettung des Eies in der Tube.

[3] Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gesellschaft zu Kassel vom 21.—25. September 1903. Jena, Gustav Fischer.

in den allseitig bei schlecht oder gar nicht entwickelter Decidua die Zotten tief intravenös vordringen, um genügendes Bildungsmaterial zu erhalten, so daß eine deutliche Scheidung in Chorion laeve und frondosum nicht stattfindet, wie dies Füth bei Tubargravidität nachweisen konnte. Die Bezeichnung dieses Vorganges als »mangelhaftes Entgegenkommen seitens des Fruchthalters« (Zweifel, Füth) besagt mit anderen Worten meines Erachtens dasselbe wie die oben gegebene Erklärung.

IV. Herr Füth: Über die desinfektorische Wirkung des Alkohols und ihre Ursachen.

(Erscheint ausführlich als Originalmitteilung in dieser Nummer.)

Diskussion. Herr Zweifel will zu dem Vortrage des Herrn Füth nur die eine Bemerkung anknüpfen, daß es ihm immer notwendig schien, die Widersprüche in der Desinfektionslehre so lange durch Kontrollversuche zu bearbeiten, bis keine Meinungsverschiedenheit mehr bestehe, weil selbstverständlich diese Lehre die größte Bedeutung für die praktisch-operative Tätigkeit besitze. Die auf seine Veranlassung unternommenen Arbeiten beweisen aber auch, wie völlig ungerechtfertigt die Vorwürfe Ahlfeld's waren, daß man seine Arbeiten unbeachtet lasse oder, wie er sich wiederholt dem Redner gegenüber auszudrücken beliebte, dieselben »totschweige«. Es mußten jedoch die Kontrollversuche erst durchgeführt und die Ursache der Differenzen klargelegt werden, ehe man veröffentlichen konnte.

Neueste Literatur.

2) Archiv für Gynäkologie Bd. LXXVIII. Hft. 1.

1) Leopold. Zur operativen Behandlung der puerperalen Peritonitis und Pyämie.

Die Frage wurde von L. bereits auf dem internationalen Gynäkologenkongreß in Rom als Referent erörtert. In Übereinstimmung mit anderen ließ er die Entfernung des Uterus nur dann gelten, wenn Peritonitis durch Verjauchung einer aus dem Uterus nicht entfernbaren Placenta entstanden war. Die von L. eingeschlagene Therapie besteht hauptsächlich in Eröffnung, Durchspülung und Drainierung der Bauchhöhle und abgesackter Eiterherde. Die in seiner Klinik operierten Fälle lassen sich in drei Gruppen teilen: 1) Fünf Fälle von akuter allgemeiner Peritonitis, von denen zwei starben, die nach L. viel zu spät zur Operation kamen. In diesem Punkte schließt sich L. dem Rate Bumm's an, nämlich die Laparotomie bei ausgesprochen schweren Krankheitserscheinungen möglichst früh vorzunehmen. Je nach dem Befunde wird die Eröffnung in der Mitte genügen oder nach verschiedenen Seiten vorzunehmen sein. Unter allen Umständen ist die Eröffnung und Drainage des Douglas'schen Raumes zu empfehlen. Einen großen Anteil an den glücklichen Ausgängen mißt L. den täglichen Durchspülungen mit steriler warmer Kochsalzlösung bei. 2) Die Phlebitis purulenta puerperalis ist nur durch einen spät operierten und letalen Fall vertreten. Am 16. Tage der Krankheit war bereits die Vena cava thrombosiert. Zur 3. Gruppe rechnet L. fünf Fälle von Peritonitis circumscripta mit einseitiger Adnexerkrankung oder einem Uterusabszeß als Ausgangspunkt. Alle Fälle genasen. Auch hier beschränkte sich L. auf die Aufsuchung und Drainage der Eiterherde und nimmt die Entfernung der Adnexe nicht prinzipiell und nur auf Grund der vorliegenden Verhältnisse vor. Auf Grund aller seiner Erfahrungen betont L. die Zweckmäßigkeit des frühzeitigen, leicht zu ertragenden und keineswegs schädlichen Eingriffes.

2) Kurdinowski. Klinische Würdigung einiger experimenteller Ergebnisse beziehentlich der Physiologie der Uteruskontraktion.

Die durchaus exakten und einwandsfreien Experimente des Verf.s am Kaninchenuterus führen trotz aller möglichen Einwände von klinischer Seite zu klinischen Schlußfolgerungen von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Was die thermischen Reize betrifft, hat Verf. festgestellt, daß die Kälte ein bedeutend energischerer

Reizerreger des Uterus ist als die Wärme. Auch stellt die Kälte durchaus kein gefährliches Mittel dar, wie Runge meint, falls es sich um größere Blutungen handelt, da die Berührung des Uterus mit wenigen Wassertropfen von bedeutend erniedrigter Temperatur genügt, um plötzlich eine starke Reaktion hervorzurufen. Ihr tetanischer Charakter verbietet von selbst die Anwendung während der Geburt, wo heiße Duschen geeignet sind, läßt sie vielmehr für atonische Blutungen post partum angebracht erscheinen. Hingegen tritt der Effekt des heißen Wassers nur dann zutage, wenn es mindestens 39° C hat, wogegen oft gefehlt worden ist (Kiwisch' Methode). Da der glattmuskelige Uterus die Fähigkeit hat, den Reiz von einer Stelle weit auszubreiten, so tritt die prompte Wirkung jedes thermischen Reizes auch bei bloßer Reizung der Portio ein. Die Uterusdusche ist demnach nicht notwendig. Auch die Frühgeburten bei Infektionskrankheiten hält Verf. für eine Folge der bedeutenden und andauernden Temperaturerhöhung, also für die Folge eines thermischen Reizes. Von großer Bedeutung erscheint ferner die Erfahrung des Verf.s, daß lange andauernde und ununterbrochene mechanische Reize den Uterus erschöpfen (Erfolglosigkeit der Einleitung der Frühgeburt durch Braun's Scheidentamponade, Krause's Methode). Schwache, unterbrochene Reize sind die zweckmäßige Form der Einwirkung. Die Wirkung elektrischer Reize ist gering. So zieht ihnen Verf. auf Grundlage seiner Experimente zur Stimulierung des hypoplastischen, jungfräulichen Uterus die Anwendung mechanischer und thermischer Reize vor. Die Brown-Séquard'sche Theorie, nach welcher die Uteruskontraktionen besonders bei der Geburt durch Asphyxie, durch Kohlensäureüberschuß im Blute hervorgerufen werden, glaubt Verf. vollständig widerlegt zu haben. Die Asphyxie, z. B. bei Herzfehlern mit Kompensationsstörung, ruft schwerlich eine Frühgeburt hervor. Hier wirken oft andere Momente, wie Temperaturerhöhung und Infektion. Bei jeder akuten Anämie nimmt das Blut dyspnoetische Eigenschaften an. Und trotzdem treten bei Blutungen nach der Geburt als Folge der Entblutung keine Kontraktionen auf.

3) Kannegiesser. Beitrag zur Hebotomie auf Grund von 21 Fällen

Gegenüber den 146 publizierten Fällen von Pubiotomie (5,48% Mortalität), die sich auf 48 Operateure verteilen und meist Anfangsfälle sind, scheinen Verf. die Erfahrungen einer Klinik über eine größere Serie schwerer zu wiegen. In dieser Hoffnung geschieht die Veröffentlichung der 21 Fälle aus der Leopold'schen Klinik, deren Krankengeschichten 27 Skizzen im Texte, meist Röntgenskizzen des Knochenspaltes mit der Schambeingegend, beigegeben sind. Von den Müttern starb keine. Ein Fall wurde mit pyämischem Abszeß am Knie, der sich von einer gonorrhoischen Genitalerkrankung herleiten ließ, in ein chirurgisches Krankenhaus entlassen. Bei den übrigen Wöchnerinnen wurde volle Heilung erzielt. Doch machten nur 7 ein fieberfreies Wochenbett durch. Bei den übrigen $^2/_3$ Störungen durch auf die Eigenheit der Operation zurückzuführende Komplikationen: Hämatome, Scheidenrisse, Blasenverletzungen, Infektion der Wunde (größerer Weichteilschnitt mit Drainage, Wundinfektion von dem gonorrhoischen Lochialsekrete Fall 6), auch ist nicht zu verkennen, daß Lochiometra und Venenthrombose häufiger auftreten als sonst. 17 der 21 Kinder wurden lebend entwickelt und verließen die Klinik meist mit starker Gewichtszunahme. Von den Operierten waren 11 Erstgebärende, 10 Mehrgebärende mit rachitischem, meist allgemein und platt verengtem Becken, deren Conjugata 7—8,5 cm betrug. Daß zur Schambeinspaltung mit der Drahtsäge keine großen Inzisionen bis auf den Knochen nötig sind, hat Döderlein gezeigt. Er schonte die Weichteilbrücke, indem er nach kleinem Einschnitt über dem horizontalen Schambeinaste den Zeigefinger hinter den Knochen führte und unter dessen Leitung die Gigli'sche Säge mittels seines Führungsinstrumentes anlegte. Verf. vermied als erster die Einführung des Fingers, indem er nach kleinem Hautstiche das Döderlein'sche Instrument rein sondierend um den Knochen führte. Diese rein subkutane Methode hat sich in den letzten 15 Fällen bestens bewährt. Trotzdem das Röntgenbild viele Wochen nach der Operation noch keine Knochenbildung zeigt, ist das Becken in der Regel schon 14 Tage p. op. so fest, daß die Operierten gehen und auf einem Beine stehen

können. Bezüglich der Indikation ist Verf. der Ansicht, daß enge Becken von etwa 7—8½ cm Conjugata in Betracht kommen, wenn das Mißverhältnis zwischen Becken und Kind von vornherein zu groß erscheint, oder sich nach dem Geburtsverlaufe so groß erweist, daß ein lebendes Kind nicht passieren kann. Daß die Perforation des lebenden Kindes durch die Hebotomie ganz ausgeschaltet werden kann, glaubt Verf. nicht. Es wird immer noch Fälle geben, bei denen die Hebotomie mit ihren nicht unbedeutenden Gefahren ein zu hoher Einsatz für die stark gefährdete Mutter und das vielleicht schon im Absterben begriffene Kind bildet. So sind auch in der Dresdener Klinik in den 1½ Jahren seit Einführung der Hebotomie 9 Fälle von Perforation lebender Kinder als notwendig ausgeführt worden. Ebensowenig möchte Verf. die künstliche Frühgeburt vermissen, die bei Mehrgebärenden und kombinierter Erweiterung durch Bossi und nachfolgender Metreuryse in der Dresdener Klinik gute Resultate ergeben hat. So fallen in die Periode der 21 Hebotomien 15 künstliche Frühgeburten, bei denen allerdings nur 9 Kinder lebend entlassen werden konnten, jedoch alle 15 Wöchnerinnen einen fieberfreien Verlauf hatten.

4) Zuntz. Untersuchungen über den Einfluß der Ovarien auf den Stoffwechsel.

Der Gedanke von dem wellenförmigen Ablaufe der Funktionen im weiblichen Organismus und sein Zusammenhang mit der Menstruation ist wohl zuerst von Mary Jacoby ausgesprochen und zum Gegenstande von Untersuchungen gemacht worden. Aber trotz ihrer und anderer Arbeiten auf diesem Gebiete, die fast alle mit unzulänglichen Methoden ausgeführt wurden, ist bis jetzt keine Klarheit gewonnen worden. Allein die exakten Versuche Schrader's geben die Sicherheit, daß mit der Menstruation eine regelmäßige Schwankung im Stoffwechsel, und zwar im Sinn einer vorübergehenden Beschränkung des Eiweißzerfalles, verknüpft ist. Ist nun auch eine große Anzahl der weiblichen Funktionen auf ihre Abhängigkeit von der Menstruation geprüft, so fehlte es bisher an einigermaßen einwandsfreien Untersuchungen über einen Prozeß, der für die Vitalität des Körpers am maßgebendsten ist, nämlich über den respiratorischen Stoffwechsel. Dieser Aufgabe hat sich Verf. in Untersuchungen unterzogen, die an zwei Versuchspersonen nach der Zuntz-Geppert'schen Methode vorgenommen wurden. Es zeigte sich, daß die Temperatur der Versuchsperson und die Größe der Ventilation insofern eine von der Menstruation abhängige typische Kurve aufweisen, als beide regelmäßig abnehmen. Für den Puls ist es wahrscheinlich, daß er um einige Schläge abnimmt. Hingegen erweist sich der respiratorische Stoffwechsel selbst als in keiner Weise von der Menstruation beeinflußt. Gegenüber den regelmäßigen Schwankungen der Temperatur und des Atemvolumens ergibt die Betrachtung der Kurven, der Sauerstoffaufnahme und der Kohlensäureausscheidung keineswegs ein ähnliches Resultat, man ist demnach nicht berechtigt, im allgemeinen zu sagen, wenigstens nicht nach den bisherigen Ergebnissen, daß die Lebensvorgänge des Weibes eine wellenförmige Periodizität zeigen.

5) Schottländer. Beitrag zur Lehre von den Dermoidcysten des Eierstockes.

Das Beobachtungsmaterial der vorliegenden histologischen Arbeit wird von vier Dermoidcysten des Eierstockes gebildet, die vom Verf. genau beobachtet und eingehend histologisch untersucht sind. Die mikroskopische Beschreibung, illustriert durch 14 Abbildungen auf 2 Tafeln, ist mit ganz besonderer Sorgfalt ausgearbeitet und bezieht sich auf alle Gewebsbestandteile des Zapfens und der Cystenwand. Insbesondere interessieren die Befunde an der Dermoidcystenwand resp. dem Eierstocksreste, die wohl schon von Kroemer-Pfannenstiel erkannt und geschildert, doch nach des Verf.s Meinung in ihrer Bedeutung noch nicht genügend gewürdigt sind. Es finden sich nämlich daselbst, wie auch innerhalb des ortsfremden Gewebes selbst, verschieden geformte, kleine und große cystische Räume, die häufig mit vielgestaltigen Zellwucherungen, darunter Epitheloid- und Riesenzellen, austapeziert oder bisweilen davon ganz erfüllt sind. Diese Räume entstehen durch kavernöse Erweiterung der präexistenten Lymphokapillaren und kleineren Lymph-

gefäße infolge eines Reizes, der durch das Eindringen von Sekretionsprodukten der dermoidalen Haut, insbesondere des Talgbreies, in den Lymphapparat hervorgerufen wird. Für gewöhnlich überwiegt die Erweiterung über die Endothelwucherung. Doch kann die Zellwucherung solche Dimensionen auch nach außen hin annehmen, daß die Diagnose Lymphangiom oder Endotheliom gerechtfertigt erscheinen kann. Es ergaben sich hier Ausblicke auf die Entstehungsmöglichkeiten von Eierstocksendotheliomen. Hauptsächlich jedoch sind die beobachteten Lymphangiektasien deshalb von Bedeutung, weil zwischen ihnen und der Bildung des das ortsfremde Gewebe einschließenden Cystenraumes, d. h. der eigentlichen Dermoidcyste, der engste Zusammenhang besteht. Es ist mit Askanazy und Traina anzunehmen, daß der abgesonderte Dermoidbrei sich selbst einen Hohlraum vor dem Zapfen schafft, der durch Verschmelzung mit anliegenden präformierten Lymphcysten sich erweitert. Der Cystenraum ist höchstwahrscheinlich anfangs nichts anderes als ein ektatischer Lymphraum, der sich durch Durchbruch in anstoßende, durch den Reiz des Dermoids entstandene Lymphektasien oder in andere Cysten, wie Cystadenome oder Luteincysten, vergrößern kann. Wenn daher das ortsfremde Gewebe in mit Luteinmembranen ausgekleideten Räumen gefunden wird, kann nicht auf die Genese des Dermoids aus dem Ei im Follikel (Pfannenstiel) geschlossen werden. Die Dermoidcyste ist nach Verf. u. a. eine sekundär gebildete Kombinationscyste. Das Vorkommen der geschilderten Lymphgefäßcysten mit Endothelwucherungen auch innerhalb des Zapfens läßt eine gewisse Vorsicht in der Deutung dermoidalen Gewebes angezeigt erscheinen. Solche Lymphräume können für echte drüsige Kanale, papillär gestaltete Lymphräume für Gehirnventrikelabschnitte gehalten werden. Das gleiche gilt für die oft diagnostizierte Gliasubstanz. Endlich weisen Unregelmäßigkeiten in der Zapfenbildung und Verteilung von ortsfremdem Gewebe in und auf die Cystenwand darauf hin, daß die Diagnose Teratom mit Vorsicht zu stellen ist. Nicht der plötzliche Wechsel des Epithels in Cysten und Spalten (Kroemer) ist stichhaltig, nicht die Verstreuung dermoidalen Gewebes auf die Cystenwand. Eher kann man sich mit Askanazy einverstanden erklären, der die überwiegende Zusammensetzung der Geschwulst aus fötalen Gewebsformationen für charakteristisch hält. Was die Genese anbetrifft, so hat sich bekanntlich Wilms auch der Bonnet-Marchand'schen Blastomerentheorie zugewandt. Ob nun aber alle Dermoide und Teratome immer in derselben Weise entstehen, ob nicht zwischen den Mischgeschwülsten anderer Organe und denen der Keimdrüsen »fließende Grenzen« existieren, ob nicht manche Dermoide auch entsprechend der Lehre Bandler's entstehen, ob nicht die fötale Inklusion bei der Entstehung vieler ovarieller Tumoren eine große Rolle spielt, ist jetzt nicht zu entscheiden und noch diskutabel.

6) Lehmann. Betrachtungen über Geburten mit übelriechendem Fruchtwasser.

Zusammenstellung von 59 Fällen aus der Breslauer Hebammenanstalt, von denen 39 operativ beendigt wurden. 14 Geburten verliefen spontan; dazu kommen noch 6 vorzeitige Geburten resp. Aborte. Die zahlenmäßige Betrachtung des Materiales ergibt, daß nur 3 Fälle gänzlich fieberfrei blieben, und daß die meisten schon vor und unter der Geburt fieberten. Prozentual fieberten am schwersten die operativ beendigten Geburten, wie auch alle 5 Todesfälle operativ behandelt waren. Verf. tritt daher dem Standpunkt entgegen, daß bei übelriechendem Fruchtwasser die operative Beendigung der Geburt das Allheilmittel ist. Bei dem infizierten Operationsfeld ist das Verfahren das beste, das die mütterlichen Weichteile am wenigsten verletzt. Nur auf strikte Indikation darf operiert werden. Bloßes Fieber ohne steigende Tendenz kann als Indikation nicht anerkannt werden. Durch lokale Therapie, wie Ausspülungen vor, während oder nach der Geburt, konnte kein nennenswerter Einfluß auf den Verlauf ausgeübt werden. Verf. empfiehlt daher zunächst ein abwartendes Verhalten, event. eine Scheidenspülung nach der Geburt, unter Vermeidung der Gebärmutterspülung. Letztere könnte zur Verschleppung der Infektion auf die durch die Eihäute geschützt gewesene Gebärmutterschleimhaut führen.

7) Schickele. Die Malignität der Blasenmole.

Zu den drei Fällen von Pick, Neumann und Poten-Vassmer, wo neben der Blasenmole eine Scheidenmetastase resp. ein Chorioepitheliom in der Scheide bestand, und nach Exstirpation des letzteren die Pat. gesund blieben, fügt Verf. einen vierten. 19jähriges Mädchen, Uterus reicht bis zum Nabel, beide Ovarien in cystische faustgroße Tumoren verwandelt. Die Untersuchung eines exzidierten haselnußgroßen, bläulichen Knotens der vorderen Scheidenwand stellt Chorioepitheliom fest. Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Genesung. In den Venen der Uterushinterwand fand Verf. Zotten, deren Epithelwucherungen bösartigen Charakter zeigen: große zusammenhängende Zellwucherungen, die durch lange, chromatinreiche Kerne einschließende Zellen alveolär abgeteilt sind. An einigen Stellen durchbrechen sie die Endothellage der Venen und liegen zwischen den Muskelzellen, außerdem sind fast nur Ektodermzellwucherungen vorhanden, es fehlen die für Blasenmole typischen Vakuolen und syncytialen Haufen. Wenn auch Verf. seine Totalexstirpation auf Grund der mikroskopischen Befunde für berechtigt hält (eine Tafel mit vier Abbildungen liegt bei), so steht er nicht an, zu erklären, daß wir ein histologisches Kriterium für die Gut- oder Bösartigkeit der Wucherungen einer Blasenmole bis jetzt noch nicht besitzen. Nach den Berichten und Erfahrungen einer Reihe von Autoren kann auch bei der mikroskopisch bösartigen Form, wo ein Einbruch in die Muskulatur beginnt, Heilung nach bloßer Abrasio eintreten. Verf. stellt daher selbst die Frage, ob in seinem Falle die Totalexstirpation berechtigt war. Allerdings führt er gegenüber anderen Fällen zu seinen Gunsten an, daß durch die cystische Entartung der Ovarien der Uterus sowieso keine Bedeutung mehr besaß. (Ref. sah nach Blasenmole derartige kindskopfgroße Ovarientumoren zur Norm zurückkehren und Schwangerschaft folgen!) Für die Behandlung zukünftiger Fälle stellt Verf. eine Reihe von Thesen auf, deren wichtigste die ist, daß die Anwesenheit eines Chorioepithelioms außerhalb des Uterus die Entscheidung, ob der Uterus zu entfernen ist oder nicht, keineswegs beeinflussen kann. Erst wenn Ausschabung und Austastung die Begründung des Verdachtes einer malignen Neubildung im Uterus ergeben, ist die Entfernung des Organes berechtigt. **Courant** (Breslau).

Verschiedenes.

3) E. Braatz (Königsberg i. Pr.). Die operative Behandlung der Geschwülste der weiblichen Brust.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 32.)

B. verlangt unbedingt, daß jeder Geschwulstknoten aus der Brust entfernt wird, auch wenn er gutartig ist, weil ganz sicher Fälle vorkommen, wo sich in einer gutartigen Geschwulst später ein Krebs entwickelt. Bei der Exstirpation von gutartigen Brustknoten läßt sich nach B. die Schleich'sche Lokalanästhesie ausgezeichnet anwenden. B. empfiehlt, mit einer scharfen Cooper'schen Schere sich stets streng an den Tumor zu halten, ohne das Drüsengewebe selbst zu verletzen, da gerade die Verletzung des Drüsengewebes sehr schmerzhaft ist. Im Gegensatz zu anderen Autoren verlangt B. bei Krebsoperation die Anwendung der Allgemeinnarkose unter absoluter Vermeidung der Lokalanästhesie. Bei alten und schwachen Kranken, denen eine Narkose nicht mehr zugetraut werden kann, will B. ganz auf die Operation verzichten. Im Interesse der Kranken und besonders auch ihrer Umgebung empfiehlt B., daß der aufgebrochene Brustkrebs stets streng unter einem gut deckenden Verbande gehalten wird. Um bei den Radikaloperationen guten Zugang zu den lateralen Teilen der Achselhöhle zu haben und zugleich die Achselhöhle in der Biegung von Narben ganz frei zu lassen, verlängert B. den horizontalen (oberen) Mammaschnitt bis an den Rand des Latissimus dorsi und setzt senkrecht auf diesen oberen Schnitt noch einen Schnitt, der hart am Schlüsselbein, an der Grenze von dessen mittlerem und äußerem Drittel beginnt. Beide

Pektoralmuskeln werden entfernt ohne erhebliche Beeinträchtigung der Funktion des Armes. Nach fester Verheilung der Wunde läßt B. bald mit Armübungen beginnen, zunächst passiven und dann aktiven, und zwar an einem Krückstock, mit dem die Kranke selbst ihren Arm passiv bewegt. **Zurhelle** (Bonn).

4) E. Vahlen (Halle). Über einen neuen wirksamen, wasserlöslichen Bestandteil des Mutterkorns.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 32.)

Verf. ist es gelungen, aus dem Mutterkorn einen Stoff zu isolieren, der im Tierexperiment die Eigenschaft aufwies, kräftige Wehen hervorzurufen. Die beiden hauptsächlichsten Giftwirkungen des Mutterkorns fehlten ihm: es macht weder Krämpfe noch Gangrän. V. nennt diesen Stoff, der in Wasser löslich ist, Clavin. Verf. berichtet über zwei geburtshilfliche Fälle, in denen dieses Clavin, in frischer 2%iger wäßriger Lösung subkutan mit Erfolg injiziert wurde. Jede lokal reizende Wirkung fehlte.

E. Merck in Darmstadt bringt Clavintabletten für innere und für subkutane Anwendung in Handel. **Zurhelle** (Bonn).

5) A. Speck (Breslau). Kühlkiste zur Kühlung der Säuglingsmilch im Hause.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 32.)

Um die Säuglingsmilch im Hause vor schädlichen Temperatureinflüssen zu bewahren und dadurch die Säuglingsfürsorge in einem wesentlichen Punkte zu vervollkommnen, empfiehlt S. ein Kühlkistenmodell zur Einführung, bei dem der Sicherheitsfaktor in einem 8stündigen Wasserwechsel liegt in einem den Milchtopf umgebenden Gefäße. Dieses befindet sich, von Holzwolle umwickelt, in einer Kiste aus Tannenholz, die den bekannten »Kochkisten« nachgebildet ist.

Zurhelle (Bonn).

6) E. Martini (Wilhelmshaven). Über einen gelegentlichen Erreger von Sepsis puerperalis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

M. züchtete aus dem Blut einer an Puerperalfieber erkrankten, später genesenen Frau ein hämolytisches Bakterium, das er den Kolibakterien zurechnen möchte, da es sowohl deren positive als auch negative Hauptkennzeichen hat.

Zurhelle (Bonn).

7) O. Sarwey (Tübingen). Weitere Erfahrungen über die frühzeitige Hörbarkeit der fötalen Herztöne.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 35.)

Verf. konnte schon von der 13. Schwangerschaftswoche ab mit derselben Regelmäßigkeit wie in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft durch Auskultation an einer tiefgelegenen Stelle der vorderen Uteruswand dicht über der Horizontalebene des inneren Muttermundes die fötalen Herztöne nachweisen. Die Harnblase muß vorher mit dem Katheter entleert sein. Ferner muß die vordere Uteruswand an die vordere Bauchwand angelagert werden. Als frühzeitiges absolut sicheres Schwangerschaftszeichen ist S.'s Nachweis der fötalen Herztöne jedenfalls von Wert.

Zurhelle (Bonn).

8) M. Hohlfeld (Leipzig). Über den Umfang der natürlichen Säuglingsernährung in Leipzig.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 35.)

H.'s Statistik stammt aus der Poliklinik des Kinderkrankenhauses und erstreckt sich über 5023 Kinder bis zu 15 Jahren, von denen 1666 dem ersten Lebensjahre angehören.

Fast die Hälfte der Kinder erhielt die Brust überhaupt nicht, oder weniger als 8 Tage. Nicht ganz die Hälfte der Brustkinder, 27,5% der Gesamtzahl, wurde

6 Monate lang gestillt. Eins der Hauptmittel im Kampfe gegen den Rückgang der natürlichen Ernährung des Säuglings sieht Verf. in einer tatkräftigen, erzieherischen Tätigkeit der Ärzte. **Zurhelle** (Bonn).

9) **C. J. Gauss** (Freiburg i. B.). Perityphlitis und Schwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

G. berichtet über zwei in der Freiburger Frauenklinik beobachtete Fälle von Perityphlitis, kompliziert mit Schwangerschaft, um zu zeigen, welche mannigfachen Anforderungen die Komplikation der Perityphlitis durch Gravidität für die Diagnose, Indikationsstellung und Technik an den Arzt gestellt werden. Im ersten Falle handelte es sich um eine 38jährige Xpara im 9. Schwangerschaftsmonat. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose schwankte zwischen Typhus, Miliartuberkulose, Perityphlitis und septischer Peritonitis unbekannter Ursache. Am 14. Krankheitstage erfolgte die Geburt eines lebenden, nicht ausgetragenen Kindes von 2000 g Gewicht. Am folgenden Tage starb die Frau unter den Zeichen der Herzschwäche. Die Sektion ergab, daß es sich um eine allgemeine eitrig-fibrinöse Peritonitis handelte, die ihren Ausgang genommen hatte von der Perforation eines perityphlitischen Abszesses in die Bauchhöhle. In dem zweiten Falle handelte es sich bei einer 24jährigen Schwangeren im 8. Monat um eine subakute Perityphlitis mit Douglasabszeß und cystoskopisch nachgewiesener Kompressionsverlegung des rechten Ureters. Nach Inzision des Douglasabszesses arbeitete der rechte Ureter wieder regelmäßig. Die Pat. wurde später mit der Zange entbunden. Der Wochenbettverlauf war ungestört. Etwa 5 Wochen post partum Laparotomie zwecks Entfernung des Wurmfortsatzes, der mikroskopisch nahe der Basis eine totale bindegewebige Obliteration seines Lumens zeigte. Die Pat. genas.

Zurhelle (Bonn).

10) **F. Taylor** (London). Zwei Fälle, in welchen vergrößerte Wandermilz Beckengeschwülste vortäuschten.

(Journ. obst. gyn. brit. emp. 1905. Februar.)

Der eine Fall betraf eine 32jährige Frau, welche eine Geschwulst in der rechten Bauchhälfte zeigte, bis zur Nabelhöhle und über die Mittellinie hinausragend. Die Oberfläche war glatt und weich, geringe Fluktuation ließ sich feststellen, ebenso bei der inneren Untersuchung. Die Geschwulst wurde als Eierstockscyste diagnostiziert. Bei der Operation fand sich die Milz, deren Stiel zweimal gedreht war. Derselbe wurde abgebunden und die Geschwulst entfernt. Glatte Heilung.

Die angeschwollene Milz maß $8^1/_2$ Zoll Länge bei $5^1/_2$ Breite und 3 Zoll Dicke. Im Innern fand sich ein großes Blutcoagulum, welches von einer dünnen Lage normalen Milzgewebes umgeben ist.

In dem zweiten Falle fand sich eine Resistenz in der linken Fossa iliaca und per vaginam im linken Scheidengewölbe eine weiche Geschwulst von Hühnereigröße. Auch hier lautete die Diagnose auf Ovariencyste. Die Operation ergab eine leicht vergrößerte Milz mit doppelt gedrehtem Stiel. Es fanden sich Adhäsionen mit den Tuben und dem Eierstock. Die Größe war $6^1/_4$ zu 3 Zoll; das Gewebe normal. **Engelmann** (Kreuznach).

11) **A. W. W. Lea** (Manchester). Acht Fälle von Tuberkulose der Tuben.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1905. April.)

In sechs der Fälle wurde der direkte Nachweis für tuberkulöse Erkrankung geliefert, in einem Falle fand sich tuberkulöse Peritonitis mit Adhäsion der Anhänge und in dem anderen neben derselben Lungentuberkulose, doch konnten keine Bazillen direkt nachgewiesen werden.

In drei Fällen bestand ausgeprägte tuberkulöse Peritonitis; bei vier fand sich kein primärer Herd irgendwo im Körper, und auch eine andere Quelle der Infektion war nicht nachzuweisen. **Engelmann** (Kreuznach).

12) **A. Doran** und **C. Lockger** (London). Zwei Fälle von Uterus septus semicollis kompliziert durch Myom.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1905. März.)

In dem einen Falle bestand ein bis zum Nabel reichendes Myom. Nach der Entfernung desselben zeigte sich, daß eine Scheidewand in der Uterushöhle bestand, welche bis zum inneren Muttermunde reichte.

Der zweite Fall betraf eine 42jährige Frau, welche dreimal normal geboren hatte. Die mäßig große Geschwulst wurde durch retroperitoneale Hysterektomie entfernt. Auch hier zeigte sich eine Scheidewand, welche bis in den inneren Muttermund reichte. Dieselbe enthielt ein kleines Myom, ganz in die Muskulatur eingekapselt. **Engelmann** (Kreuznach).

13) **P. Findley** (Chicago). Arteriosklerose von Gebärmutterblutung

(Amer. journ. of obstetr. and diseases of women and children 1905. Juli.)

Arteriosklerose allein verursacht keine Gebärmutterblutung, wie die Untersuchungen von Uteri mit »Apoplexia uteri« lehren, sondern es muß noch als begünstigendes Moment eine Insuffizienz der Uterusmuskulatur hinzukommen. In keinem der Fälle war eine Blutung infolge Ruptur eines Gefäßes oder waren Aneurysmen der Arterie zu konstatieren. Im Gegenteile das ergossene Blut war weit entfernt von sklerosierten Gefäßen und offenbar angillären Ursprunges. **Jahreiss** (Augsburg).

14) **A. Pappe.** Über die Pathogenie der Dermoidcysten des Ovariums und des Hodens.

(Ann. des maladies des org. génito-urinaires 1904. Nr. 24.)

Es handelt sich um intraglandulären Hermaphrodismus. Zur Zeit der Differenzierung der Geschlechtszellen entwickeln sich einzelne nach der entgegengesetzten Richtung, so daß gleichzeitig männliche und weibliche Zellen vorhanden sind, welche sich durch gegenseitigen Kontakt befruchten. Der glanduläre Hermaphrodismus ist nicht nur für das Tierreich bei Wirbel- und Säugetieren nachgewiesen (bei Fischen, einzelnen Froscharten, Kröten, Schwein, Ziege), sondern auch für den Menschen (Goat). Aber auch der intraglanduläre Hermaphrodismus ist konstatiert. Balbiani hat im Hoden des Quermaules nicht selten einige weibliche Eier nachweisen können, Swaenz et Maquelin, Smith beschreiben dieselbe Erscheinung bei Heringen. Beim Menschen hat Waldeyer Primordialeier in dem Epithel gefunden, welches die Oberfläche des Hodens bedeckt.

Diese Theorie erklärt, warum die Dermoidcysten sich besonders zur Zeit der sexuellen Aktivität entwickeln; ferner findet die Entwicklung mehrerer Geschwülste auf demselben Ovarium und die Bilateralität ihre Erklärung. **Jahreiss** (Augsburg).

15) **W. Maximow** (Warschau). Eine große hängende Fettgeschwulst der rechten großen Schamlippe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

M. operierte bei einer 19jährigen unverheirateten Pat. eine riesige Fettgeschwulst von birnenähnlicher Form, die sich aus der großen rechten Schamlippe und dem Mons Veneris entwickelt hatte. Dieselbe bewegte sich vorn vor den Beinen an einem breiten Stiele vollkommen frei und hing bis über die Knie herunter. Die Geschwulst war weich, und die bedeckende Haut war an einzelnen Stellen durch äußere Ursachen — wie Reibung, Benetzung durch den Harn usw. — mit Geschwüren bedeckt. Die entfernte Geschwulst wog etwa 8 Pfund. Die Heilung erfolgte per primam. **Zurhelle** (Bonn).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 34. Sonnabend, den 25. August. 1906.

Inhalt.

I.

Weiterer Beitrag zur Kasuistik der nervösen Erkrankungen im Wochenbett[1].

Von
Dr. H. Sutter
in St. Gallen.

Da in neuerer Zeit wiederholt darauf aufmerksam gemacht worden ist, daß die Gravidität und ihre Folgen für die Entstehung resp. für das erste Auftreten hysterischer Lähmungen ein wider unser Erwarten ungünstiges Moment darstellen[2], scheint es mir gerechtfertigt zu sein, folgenden Fall von zweifelloser Hysterie in der 2. Woche des Puerperiums mitzuteilen, dessen Bedeutung wohl noch dadurch erhöht wird, daß er der einzige von mehr als 300 auf ihr Nervensystem untersuchten klinischen Fällen von gynäkologischen und puerperalen Er-

[1] Vgl. den Vortrag von H. Füth, Zentralblatt für Gynäkologie 1906. Nr. 21.
[2] Rud. v. Hösslin, Schwangerschaftslähmungen der Mütter. Berlin 1905, A. Hirschwald, und H. Füth, Nervöse Erkrankung im Wochenbett. Zentralblatt für Gynäkologie 1906. Nr. 21.

krankungen und von ebenso vielen normalen und abnormalen Geburten ist, der die Hysterie als deutliche Psychoneurose in Kombination mit Gravidität und Puerperium nachweisen läßt[3].

Es handelt sich um eine Pat. E. S., zu der ich zum erstenmal am 2. April 1902 gerufen wurde, um ein ärztliches Zeugnis auszustellen, daß sie unfähig sei, vor Gericht zu erscheinen, um dort die näheren Angaben über Vaterschaftsklagen und Alimentenentschädigung zu machen. Die Mutter der Pat. machte die Angabe, daß ihre Tochter sich seit heute morgen in merkwürdiger Gemütsverfassung, in einem Zustand von Nervenschwäche befinde, nachdem sie noch am Tage vorher ohne etwas Abnormes zu bemerken, ihrem Haushalt und den Mutterpflichten gut nachgekommen. Nach einem starken Anfalle von Nervenerschütterung war es der Pat. heute unmöglich, sich vom Bette zu erheben, und trotzdem Pat. nicht bewußtlos war, konnte sie nicht verständlich sprechen. Die Mutter machte dafür selbst Ärger, Reue und Scham verantwortlich, die die früher sonst lebenslustige und geweckte, allerdings ziemlich nervöse Tochter rechtschaffener Eltern empfand wegen ihrer unehelichen Niederkunft, die, nachdem Pat. bereits seit Bekanntwerden ihrer Gravidität still und trübsinniger geworden, noch dadurch erhöht wurden, daß sie zur Einleitung einer Vaterschaftsklage vor Gericht veranlaßt wurde.

Die 22 Jahre alte E. S. war mit Ausnahme von öfteren Kopfschmerzen sonst immer gesund; die Familie ist väterlicherseits tuberkulös belastet, Vater an Empyem der Pleura gestorben, acht Geschwister leben, zwei sind lungenkrank; Mutter hat Nervenanfälle in der Jugend gehabt; ist leicht hypochondrisch gestimmt, hatte allerdings auch viel Sorgen und schwere Arbeit. Menses seit dem 16. Jahre, regelmäßig, stark, 4 Tage lang, letzte vor 10 Monaten. Pat. ist Ipara, groß, stark, gut genährt, hat leicht anämisches Aussehen. Temperatur und Puls normal. Die Gravidität verlief ohne jegliche Beschwerden; ebenso war ganz normal ein gesunder Knabe geboren, der bisher selbst gestillt wurde. Ebenso war im Puerperium bis heute nichts Besonderes eingetreten, namentlich keine Blutungen und keine Temperaturerhöhungen, kein Erbrechen. Nach 8 Tagen stand Pat. zum erstenmal auf, konnte nichts Abnormales bemerken, nur war sie am Anfang etwas schwach auf den Beinen. Der Appetit war sehr gut. Sie besorgte das Kind selbst und war, abgesehen davon, daß sie stiller und ernster geworden, guter Dinge. Hatte keine Schmerzen, keine abnormen Sensibilitätsstörungen bemerkt, kein Kopfweh usw.

Die Nacht vom 1. auf den 2. April war Pat. ruhig; am Morgen aber konnte sie, nach dem von der Mutter beschriebenen Anfall nicht aufstehen, und war an Händen und Füßen gelähmt. Ebenso war ihre Sprache unverständlich, lallend. Sie verstand uns zwar gut, machte Anstrengungen, ihre Glieder zu bewegen, aber vergeblich. Natürlich untersuchte ich das Nervensystem genauer und fand folgenden interessanten Nervenstatus.

Intelligenz und Gedächtnis der sonst geschickten Strickerin waren nicht genau zu prüfen, schienen aber nicht stark gelitten zu haben. Sie konnte mit Kopfnicken und Schütteln direkte Fragen gut beantworten. Sie ermüdete aber rasch und war noch ziemlich schläfrig, leichte Somnolenz war also vorhanden. Ganz auszuschließen war jede irritative Bewußtseinsstörung. Haltung und Gang waren nicht zu untersuchen, da sie sich nicht erheben konnte. Motorische Lähmungen zeigten sich an den unteren Extremitäten fast vollständig an allen Muskeln, und zwar bestand insofern eine Differenz von links und rechts, als auf der linken Seite die Lähmung vollständig, auf der rechten dagegen nur motorische Schwäche, Parese, vorhanden war. In der Tat konnte das linke Bein, auch mit leichter Nachhilfe, gar nicht willkürlich bewegt werden; die Lähmung schien auf den ersten Blick total zu sein

---

[3] Dabei sind diejenigen Fälle allerdings ausgeschlossen, die die sog. Schwangerschaftsbeschwerden, die heute wegen Mangel an anatomischen Befunden auch zu den Neurosen gezählt werden, mehr oder weniger deutlich aufweisen, da mir noch nichts gegen die embryogene Natur derselben als sicher beweisend bekannt ist.

und unabhängig von den Schmerzen, auf die wir noch später zurückkommen werden. Das rechte Bein war nur paretisch, Pat. konnte Flexion in Hüft- und Kniegelenk leicht ausführen, namentlich wenn die Elevation etwas unterstützt wurde. Das linke Bein lag steif da, mit der Spitze des Fußes nach außen, im Kniegelenk leicht flektiert, das rechte leicht im Knie und Hüftgelenk gebogen. Die Motilität der Arme war vermindert, wenn auch alle Muskeln langsam träge den Bewegungen folgten. Die Respiration war frei, Augenmuskeln waren nicht gelähmt, desgleichen die Kaumuskeln, deren träge Reaktion wohl nur auf die Somnolenz zurückzuführen war. Von Facialisparese war ebenfalls gar nichts zu sehen; dagegen schienen die Muskeln des Schlundkopfes zum mindesten leicht paretisch; denn Pat. verchluckte sich, so daß ihr das Wasser unter Husten zur Nase herausrann. Immerhin dürfte diese Erschwerung des Schluckens, die übrigens nicht so vollständig war, daß z. B. auch der Speichel nicht geschluckt werden konnte, auch mit der fast vollständigen Zungenlähmung in Verbindung stehen. Der Hypoglossus schien fast ganz gelähmt, die Zunge konnte fast gar nicht bewegt werden; weshalb auch die Sprache nur mit der größten Mühe verstanden werden konnte.

Motorische Reizerscheinungen waren bei der ersten Besichtigung nicht zu erkennen: keine klonischen und tonischen Krämpfe, keine fibrillären Zuckungen, kein Zittern usw. Nur war eine gewisse aktive Kontraktur mäßigen Grades des linken, gelähmten Knies auffallend, indem dort eine passive Biegung nicht leicht möglich war. Die Prüfung auf Ataxie der Beine war unmöglich; in den oberen Extremitäten war keine zu finden.

An Sensibilitätsstörungen zeigte sich folgender Befund: die Berührungsempfindung war aufgehoben in beiden Beinen bis zur Leistengegend, sonst vorhanden. Die Schmerzempfindung war in beiden Beinen, links aber mehr, vermehrt, sonst normal. Temperaturempfindung war überall vorhanden; die komplizierteren sensibeln Funktionen, wie Bewegungsvorstellungen und Lage der Extremitäten, die stereognostischen Vorstellungen waren an den oberen Extremitäten vorhanden, fehlten aber an den unteren oder waren wegen Parese nicht zu prüfen. Von Parästhesien war ein Eingeschlafensein des linken Beines angegeben, sonst nichts. Spontane Schmerzen stark im linken Bein bis zur Hüfte, besonders im Knie. Eine Hyperalgesie der Haut zeigte sich auf der ganzen Gegend des Abdomens unterhalb des Nabels, wo auch eine ausgesprochene Empfindlichkeit auf stärkeren Druck zu finden war als im linken Bein; sonst waren besonders auch die Nervenstämme nicht auf Druck empfindlich. Die Reflexe sind durchweg erhalten, die spinalen ohne weitere Variationen, die zerebralen im ganzen, besonders aber der Bauchdecken-, Gaumen- und Conjunctivalreflex herabgesetzt, während die komplizierteren, Blase und Rektum, keine Veränderungen zeigten. Rektum und Blase waren mäßig gefüllt. Trophische Störungen an Muskeln, Haut und Gelenken fehlten. Von vasomotorischen Störungen ist ausgesprochener Dermatographismus zu erwähnen.

Dies der Nervenstatus, wie ich ihn am ersten Tage aufnehmen konnte. Ich war nicht in der Lage, sofort eine genaue Diagnose zu stellen, obschon mir die Annahme einer zerebralen Läsion, Blutungen, Epilepsie und Hysterie am nächsten lag. Eine Untersuchung der inneren Organe sollte mich bald einen Schritt weiter führen.

Von den Sensibilitätsstörungen[4] der Bauchdecken ausgehend, untersuchte ich am folgenden Tage, nachdem Pat. zwar eine schlaflose Nacht verbracht, aus ihrem benommenen Zustand aber mehr erwacht zu sein schien und über vermehrte Schmerzen im Kopfe (Clavus) klagt, die inneren Geschlechtsorgane. Ich fand den Uterus noch leicht vergrößert retrovertiert und mit leichtem Cervixriß, und wie ich zur Abtastung der Ovarien kam, erfolgte ein Anfall von Zittern, Zucken und stärkerer Bewußtseinsstörung, verbunden mit starkem Nystagmus, Knirschen, Herzklopfen und beschleunigter Atmung. Dabei wurde das Gesicht ganz fahl, bleich,

[4] S. **Head-Seiffer**, Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Viszeralerkrankungen. Berlin 1898.

also ein Anfall, wie er auch gestern im Beginne der Erkrankung sich gezeigt. Auf Bespritzen mit kaltem Wasser erholte sich Pat. allmählich; aber die gleiche Apathie wie gestern blieb zurück.

Die Diagnose Hysterie war nun nach dem bereits Gefundenen unzweifelhaft, wenn auch der Anfall für sich einem leichten epileptischen nicht unähnlich war. Es dauerte immerhin noch mehrere Stunden, bis Pat. sich erholt und zu Bewußtsein gekommen war, worauf sie, ohne von dem Anfall etwas zu wissen, in stilles Weinen ausbrach. Der Verlauf der Krankheit gestaltete sich dann in der Folge zu einem sehr variablen. Die Anfälle wiederholten sich noch 2 Monate lang, mit großen Pausen und in verschiedenem Grade. Die Behandlung war wesentlich eine psychische, wobei zu der Suggestion, Kaltwasserbehandlung, internen Medikation, Massage, Faradisation, gegriffen werden mußte.

Alles zusammen bewirkte schließlich, daß sich die Pat. nach und nach vollständig erholte, wozu meiner Ansicht nach ganz besonders die Drohung beitrug, daß man die Pat. in eine Nervenanstalt versorgen müsse, die ich fallen ließ, als nach ordentlicher Besserung wieder ein Rückfall eintreten wollte. Nach ca. 3 Monaten war Pat. so weit hergestellt, daß sie die Arbeit zu Hause wieder aufnehmen konnte. 10 Wochen nach der Geburt erste Menstruation mit Schmerzen und stark.

Seither immer Dysmenorrhöe, mit etwas Erbrechen. Sonstige nervöse Störungen nicht mehr nachzuweisen. Eine briefliche Mitteilung bestätigt nach 4 Jahren die völlige Arbeitsfähigkeit der Pat.

Nicht immer wird die Diagnose der Hysterie so leicht gemacht werden können, und in der Tat hätte sie auch hier ohne die Anfälle, namentlich im Anschluß an die Ovarabtastung, gewisse Schwierigkeiten bereitet. Jedenfalls eigentümlich ist das Befallensein zweier motorischer Gebiete, die doch selten zur gleichen Zeit lädiert werden, die unteren Extremitäten und die letzten motorischen Hirnnerven. Allerdings hätten die paraplegischen Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen ohne Ergriffensein des Facialis und der speziellen Nervengebiete der unteren Extremitäten jede anatomische Läsion ausgeschlossen. Eine traumatische Neuritis puerperalis darf hier wohl auch ausgeschlossen werden; denn die Geburt ist normal verlaufen, und die Erkrankung wäre nicht 14 Tage lang als latent anzusehen gewesen. Desgleichen müssen wir von einer Neuritis puerperalis per contiguitatem absehen, da für irgendwelche entzündliche Vorgänge des puerperalen Uterus keine Anhaltspunkte vorhanden waren, obwohl wir nach dem Vorschlage von Mills anamnestisch und objektiv genau danach untersuchten (Mills, Neurolog. affections of puerperal origins. Transactions of the college of physicians. Philadelphia 1893). Eine multiple Sklerose ließe sich wohl durch die spastische Kontraktur des linken Beines annehmen, paßt aber zu den anderen Symptomen sehr wenig. Nur noch eine Diagnose machte bei in Betrachtziehen der Sprach- und Schlucklähmung etwas mehr Schwierigkeiten, nämlich eine akute apoplektische Bulbärparalyse, hervorgerufen durch Blutungen ins verlängerte Mark, oder Embolie der Art. basilaris oder andere atheromatöse Veränderungen der Hirnarterien, verbunden mit zwei Hemiplegien (mit Hemiplegia alternans oder Hemiplegia cruciata). Der weitere Verlauf, sowie das Freibleiben des Facialis und der Augenmuskelnerven, sowie die wiederholten Anfälle schlossen dann diese Diagnose ganz aus.

Nun bleibt noch die Frage, ob es sich um eine Psychoneurose oder um eine Simulation handelt. In der Tat hatte ich anfänglich, obwohl ich die Familie als durchaus rechtschaffen kannte, großen Verdacht auf Simulation. Das ungleiche Befallensein von links und rechts, dazu die schwere lallende Sprache, die allgemeine, wenn auch leichtere Somnolenz, die ein Untersuchen wirklich sehr erschwerte, in Verbindung mit der Anamnese, Verlangen eines ärztlichen Zeugnisses, um eine gerichtliche Vorladung nicht befolgen zu müssen, ließen mich zuerst annehmen, es handle sich vielleicht um Simulation. Allerdings ist absichtliche und bewußte vollständige Simulation nicht sehr häufig, während wir diese hier in bezug auf das linke Bein annehmen mußten; aber ein genauer Unterschied ist hier nicht durch einzelne Kriterien, sondern nur durch genaue Beobachtung des Gesamtzustandes und durch früheres Verhalten und Benehmen des Pat. zu machen (vgl. Strümpel, Spezielle Pathologie und Therapie III. Bd. p. 595), namentlich durch Beobachtung in einer Anstalt. Der Umstand, daß das Nichterscheinen vor Gericht für die Pat. keineswegs günstiger gewesen, als das Erscheinen, läßt sich schließlich nicht gegen Simulation verwenden; denn jedenfalls war das Publikwerden und das Zusammenkommen mit ihrem Verführer, der unter Umständen die Anklage negiert hätte, sehr unangenehm für eine sonst unbescholtene Tochter.

Damit kommen wir auch auf die Ätiologie der Krankheit zu sprechen. Von der zunächst noch allgemeinen Diagnose einer Psychoneurose ausgehend, bietet uns die speziellere Diagnose der Hysterie, als typische und bedeutendste Psychoneurose keine weiteren Schwierigkeiten.

Der Nervenstatus, sowie der Beginn und Verlauf der Erkrankung sprechen deutlich dafür. Dabei ist durchaus nicht notwendig, daß wir uns bis zum Ausbruch des ersten Anfalles mit der latenten Hysterie (Möbius) behelfen. Wie ich schon an anderer Stelle darauf hingewiesen habe, besteht zwischen den alten klassischen Differenzialbezeichnungen der Psychoneurosen kein qualitativer Unterschied.

Sie verdienen in der Tat nur den Namen der äußeren Etiketten zur näheren Bezeichnung des Grades und der speziellen Art der psychischen Affektion[5]. So dürfen wir die einfache Nervosität auch als ein beginnendes Stadium der schweren hysterischen Neurosen betrachten[6], und von diesem Gesichtspunkt aus muß diese schwere, im Wochenbett aufgetretene, als reine Hysterie imponierende Erkrankung in Zusammenhang gebracht werden mit der während der Gravidität schon vorhandenen melancholischen Stimmung, ja selbst mit den geringen nervösen Charaktererscheinungen, die sich bei der Pat. schon seit langem zeigten, wie auch mit den restierenden nervösen dys-

[5] Du Bois, Psychoneurosen. 1904.
[6] Wille, Nervenleiden und Frauenleiden. Stuttgart 1902.

menorrhoischen Beschwerden nach Ablauf der Hysterie. Um daher die Ätiologie näher zu definieren, liegt uns ob, zunächst derjenigen der psychoneurotischen Erkrankung überhaupt nachzuforschen und dann der Gelegenheitsursache zur Entstehung der typischen Hysterie, besonders des hysterischen Anfalles. Die erstere wird uns, wenn wir nicht zur beliebten Vererbung, für die wir mütterlicherseits einige Anhaltspunkte haben, unsere Zuflucht nehmen, in diesem Falle immer unsicher sein. Die Pat. ist unter günstigen Verhältnissen, auf dem Lande, mit wenig Schul- und Lernzwang, allerdings in großer Familie aufgewachsen. Die schädigenden Momente könnten also nicht größer sein als an vielen anderen Orten auch, wenn auch Masturbation und frühzeitige Kohabitationen nicht ausgeschlossen werden können. Diese Momente, vielleicht zusammenhängend mit dem frühzeitigen Verluste des Familienoberhauptes, dürften die neuropathische Grundlage zur weiteren Entstehung der Neurose bilden. Das Suchen nach der Ätiologie des hysterischen Anfalles dagegen führt uns zunächst zur Besprechung des Zusammenhanges zwischen Hysterie und Schwangerschaft und ihren Folgen. Es ist hier allerdings nicht meine Absicht, die Hysterie als Morbus virginum und viduarum zu untersuchen; aber schon am Anfange habe ich betont, daß in neuerer Zeit das äußerst seltene gleichzeitige Vorkommen von Hysterie und Gravidität hervorgehoben wird. Zwar scheint dabei doch eine gewisse Meinungsdifferenz zu bestehen, die wohl von der verschiedenen Definition der Neurose selbst herrühren mag. In den meisten Lehrbüchern finden sich über das Vorkommen der Hysterie als solche bei Gravidität und Wochenbett nur kurze Angaben, zum Teil nur indirekte. So spricht Schauta, im Abschnitt über Neurosen und Psychosen (Schauta, Geburtshilfe, 1906), nichts von Hysterie, sondern nur von den Psychosen. Allgemein wird eine vermehrte Prädisposition zu allerlei neurotischen Erscheinungen zugegeben; wobei allerdings auch von der Annahme ausgegangen wird, daß die Hyperemesis und Emesis ohne weiteres hysterischer Natur sind. Jollis scheint der gleichen Ansicht zu sein. Sexuelle Reizungen durch Masturbation sind von Bedeutung, auch der normale sexuelle Verkehr, sei es in legitimer oder illegitimer Form, bringt mancherlei nervöse und psychische Nebenwirkungen mit sich, welche dann weiter durch die der Konzeption folgenden Veränderungen im Organismus gesteigert und zur Hysterie umgebildet werden können (Hysterie, bei Ebstein und Schwalbe IV. Bd. p. 753). Er ist ferner der Ansicht, daß ein großer Teil der Fälle im Anschluß an die Generationsvorgänge (Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation) sich entwickelt, steht somit noch heute auf dem gleichen Standpunkte, wie seinerzeit Amann (1866, Einfluß der weiblichen Geschlechtskrankheiten auf das Nervensystem und 1876, Krankheiten des Wochenbetts p. 289). Nach Krönig sind namentlich extramatrimoniell gravid gewordene Personen, bei denen die Frage nach der Ernährung des Kindes, nach ihrem guten Ruf usw. die psychische Erregung hervorruft, besonders für die schwersten nervösen Störungen leicht geeignet (Krönig, Über Bedeu-

tung der funktionellen Nervenkrankheiten, 1902, Leipzig). Briquet nimmt ebenfalls an, daß die nervösen Störungen durch die Schwangerschaft eine erhebliche Steigerung erfahren (Briquet, Traité clinique et thérapeut. de l'hystérie, 1859, Paris). Nach Windscheid disponiert eine Gravidität sehr zu den Momenten, durch welche eine Hysterie entstehen kann. Außerdem begünstigt sie nach ihm die hysterischen Lähmungen (Windscheid, Neuropathologie und Gynäkologie, 1897, Berlin). Er will selbst verschiedene, als spinale und zerebrale Lähmungen bezeichnete Affektionen auf Hysterie zurückführen. An dieser Art, die Fälle als hysterisch aufzufassen, übt v. Hösslin scharfe und überzeugende Kritik. Nicht genug, daß er die unter nichthysterischer Diagnose angegebenen Fälle als solche beläßt, läßt er viele der hysterischen mit Recht nicht als solche gelten, indem er dafür ganz bestimmte Anhaltspunkte für den funktionellen Charakter der Lähmung verlangt, um eine hysterische Lähmung während der Schwangerschaft und im Wochenbett zu diagnostizieren. So schmelzen denn unter seiner scharfen Beurteilung die Fälle von Hysterie in der Gravidität auf ganz wenige zusammen, und v. Hösslin kann mit Recht sagen: Wenn man bedenkt, daß es ungefähr auf jeden Menschen eine Schwangerschaft trifft, daß ferner hysterische Anfälle etwas so Gewöhnliches sind, daß jeder Arzt in seiner Praxis Dutzende von solchen Anfällen gesehen haben wird, erscheint doch eine mühsam gesammelte Anzahl von 30 hysterischen Schwangerschaften nicht geeignet, um die Häufigkeit der Hysterie, resp. der hysterischen Anfälle in der Schwangerschaft zu beweisen (l. c. p. 12). Ich habe hier den Eindruck gewonnen, daß die Gravidität allerdings zu verschiedenen kleineren, hier und da auch schwerer auftretenden Nervensymptomen leichter Anlaß gibt als der nicht gravide Zustand. Da wir aber bis vor kurzem und für viele derselben noch heute keine anatomische oder toxische Ursache feststellen können, sind wir von jeher gewohnt, solche Erscheinungen als Neurosen, bei den Frauen speziell als Hysterie, zu bezeichnen, wie z. B. das Übelsein, das Erbrechen, Hyperästhesien, die verschiedenen Gelüste der Schwangeren usw. Ich halte aber immer wieder daran fest, daß wir solche Symptome nur so lange als neurotisch bezeichnen dürfen, als uns eine andere Erklärung abgeht. Daß wir dabei vielleicht in kürzerer Zeit schon eine solche, wie bereits für die Eklampsie, finden werden, scheint mir sicher zu sein; mit dem Zeitpunkte werden dann aber auch diese Symptome als Hysterie fallen gelassen.

Es bleiben dann nur noch die wenigen Fälle von wirklicher Hysterie übrig, die der Lähmungen und Anfälle, die auch nach der Auslese v. Hösslin's in wenigen Exemplaren stand gehalten. Ich glaube daher auch, daß die Angaben der verschiedenen Autoren deshalb so divergierend sind, weil die einen als hysterische Symptome alle diejenigen auffassen, für die wir keine weiteren Erklärungen finden können, während andere mit v. Hösslin einen funktionellen Charakter derselben durchaus verlangen, wobei wirklich nur wenige Fälle übrig

bleiben. Also diejenigen Nervenstörungen, von denen wir noch gar nicht wissen können, ob sie hysterisch sind, die aber wegen ihrer allgemeinen Verbreitung und Regelmäßigkeit fast als physiologisch angesehen werden dürften, und deren Natur daher auch sehr gern embryogen genannt wird, scheinen während der Gravidität vermehrt zu sein, während die funktionellen Störungen der eigentlichen Hysterie, speziell der Anfälle und Lähmungen, bei genauer Prüfung sich als sehr selten erweisen. Es ist in der Tat diese Ansicht mit der Tatsache, daß eigentliche hysterische Anfälle wenig beschrieben wurden, eher in Übereinstimmung zu bringen. Sie entspricht auch viel mehr der in Ärzte- und Laienkreisen weitverbreiteten Ansicht, daß Schwangerschaft einen günstigen Einfluß auf die Hysterie auszuüben imstande wäre, was in der Tat auch angenommen werden müßte, wenn bei der ungemeinen Häufigkeit der hysterischen Graviditätsbeschwerden gerade diese Hysterie stets in so leichtem Grade auftreten, und die schwereren Erscheinungen fast immer fehlen würden. Aber ohne so weit gehen zu wollen, wäre doch das gleichzeitige Vorkommen beider als ein sehr seltenes zu registrieren.

Ich glaube, auch Amann (lib. cit. p. 291) führt an anderer Stelle im obigen Sinne an: »Man kann wohl nicht von psychischer Erkrankung sprechen, wenn die Kranken im Laufe der Schwangerschaft und des Wochenbettes Erscheinungen von allgemeiner psychischer Hyperästhesie darbieten; dieselben kommen sehr häufig vor und zählen gewissermaßen zu den physiologischen Unannehmlichkeiten der Gravidität, oder erweisen sich höchstens als Symptome von mehr oder minder ausgeprägter Hysterie. Es kommt übrigens in der Schwangerschaft selten zu hysterischen Paroxysmen ....« »Bei der Geburt verlieren sich die Erscheinungen der Hysterie und der Ektasie beinahe immer, oder werden wenigstens regelmäßig auf ein Minimum reduziert.«

Allerdings darf die Geburt wohl auch im Sinne Charcot's als ein »Agent provocateur« der Hysterie angesehen werden, da durch die traumatischen Einwirkungen der Infektion Vorschub geleistet wird. Auf der Annahme der Parametritis atrophicans beruht ja die geistreiche Theorie der Hysterie von W. A. Freund (Gynäkologische Klinik Straßburg 1885), und davon ausgehend hat auch Hoenck seine Annahme, der »Sympatizismus« resp. die Erkrankung des Sympathicus sei die Ursache der Hysterie und der Parametritis atrophicans aufgebaut (Hoenck, Über Neurasthenie hysterica. Graefe's Sammlungen 1905). Aber dadurch ist nicht gesagt, daß dies wirklich so häufig vorkomme und gleich mit dem schädigenden Ereignis zusammenfalle. Im Gegenteile, die nervösen Erscheinungen werden durch das langsame Weiterschreiten der Infektion im Sinne Freund's erst auftreten, wenn die Nerven, besonders die paracervicalen Ganglien betroffen sind (Moderne ärztliche Bibliothek).

Dadurch bildet das Trauma direkt also auch keine besondere Prädisposition. Es ist vielmehr, wie Krönig auch annimmt, das

»psychische Trauma«, das zur Entstehung der Hysterie, auch bei der Gravidität, Hand bietet. Auf dieses psychische Trauma ist von jeher besonderer Wert gelegt worden, namentlich bei den illegitimen Geburten; ganz besonders wurde es neuerdings von Freund und Breuer in den Vordergrund gestellt. (Meine Ansicht in der Rolle der Sexualität usw. in Löwenfeld l. c. p. 242.) »Wir waren zu Aufschlüssen gelangt, welche gestatteten, die Brücke von der traumatischen Hysterie Charcot's zur gemeinen, nicht traumatischen zu schlagen« (Studien über Hysterie, Wien 1905 [7]). Ihre Ansichten aber, daß die Hysterie stets eine Folge von sexuellem Trauma der Kinder sei, hat noch nicht allgemeine Anerkennung gefunden (vgl. Löwenfeld, Sexualleben und Nervenleben. Wiesbaden 1906. p. 251). Jedoch ist es mir auch in mehreren Fällen möglich gewesen, ohne die erstaunliche Technik von Freund zu besitzen, auf unterdrückte Gefühlsvorgänge in lange zurückliegender Zeit zu stoßen, die ich sicher als wichtiges Moment in der Ätiologie der Hysterie bezeichnen mußte. So dürfte es auch in unserem Falle sein. Das enge Zusammenleben in großer Familie, der frühzeitige Prähibitivverkehr (wie er übrigens auf dem Lande als Congressus interruptus viel häufiger ist, als man gewöhnlich annimmt), haben im Widerspruch zur gewohnten Erziehung gestanden, und die unter Angst, Schrecken und Scham manifest gewordene Konzeption mußte hier zur Entstehung der Hysterie genügen (Strümpel p. 547). Jedoch haben wir hier noch zwei Momente zu berücksichtigen. Die innere Untersuchung ergab einen retroflektierten Uterus mit Rissen an der Portio vaginalis. Hängt die Hysterie mit der Retroflexio zusammen? Wir dürfen heute wohl mit Sicherheit behaupten, daß davon in unserem Falle keine Rede sein kann. Zwar soll dies gar nicht für alle Fälle gelten, wo eine längerdauernde Einwirkung der durch die Retroflexion verursachten Beschwerden zu den hysterischen Erscheinungen führt, die vielfach mit der Remedur der Retroflexio auch verschwinden. Hier ist ohne Zweifel die Retroflexio durch die noch mangelhafte Rückbildung verursacht, also eine Folge der erst vor kurzem erfolgten Entbindung, somit nicht imstande gewesen, eine stärkere, oder langdauernde Schädigung hervorzurufen. Auch der weitere Erfolg ohne Einsetzen der Therapie der Retroflexio spricht schließlich dagegen. Ob aber bei länger dauernder nervöser Erkrankung, vielleicht bei den noch bestehenden dysmenorrhoischen Erscheinungen nicht doch noch jemand sich veranlaßt sehen wird, den Uterus operativ zu fixieren? Ob dann einer Operation ein suggestiver Erfolg folgen wird? Vielleicht ist dann noch das Ektropium zu beseitigen, und der normale Status nervosus wird wieder erhalten. Daß natürlich solche Fälle nur einer psychischen Behandlung im Sinne Dubois' zugänglich sind, versteht sich von selbst.

Nur noch eine Art der Ätiologie der Neurosen, bei Frauen der

[7] Krehl, Über die Entstehung hysterischer Erscheinungen. Sammlung klin. Vorträge Nr. 330.

Hysterie, soll noch berücksichtigt werden, weil sie in neuerer Zeit auch immer mehr an Bedeutung zunimmt, nämlich das Trauma. Abgesehen davon, daß wir eine Geburt, mit Ausnahme einiger Sturzgeburten, kein Trauma im wirklichen Sinne des Wortes nennen dürfen, sind die durch die Geburt hervorgerufenen Veränderungen und Läsionen der Psyche an sich schon von solcher Wirkungskraft, daß sie für jeden Fall von Neurosen als ätiologisches Moment genügen werden. Eine durch die Verletzung allein verursachte psychische Schädigung könnte nur in einem durch fortwährende Schmerzen und Infektion geschwächten und geschädigten Organismus durch zentrale Verbindungen (transkortikale Assoziationen) entstehen. Es ist also dazu nicht eine Propagation der Parametritis atrophicans W. A. Freund's notwendig, bis dieselbe zu den Nervenganglien des Sympathicus gelangt. Das psychische Moment der Schmerzen der lädierten Stelle, des Traumas überhaupt, kann auch nach verletzenden Geburten durch die Erinnerungsbilder zur Neurose führen; gerade wie ich es in meinen Untersuchungen über den Zusammenhang der Neurosen und gynäkologischen Erkrankungen bereits beschrieben habe. Daß dies vor allem auch in einem geschwächten und neurologisch minderwertigen Organismus leichter zustande kommen kann, ist selbstverständlich, namentlich, wenn, wie in unserem Falle, so viele Momente zusammen einwirken.

II.

Perniziöse Anämie im Wochenbett, kompliziert mit septischer Infektion.

Von

Dr. **Hans Meyer-Rügg** in Zürich.

Am 26. Januar 1906 besuchte ich mit Herrn Kollegen R. in U. Frau B.-W. welche am 19. Januar geboren hatte, und stellte bei der Wöchnerin die Diagnose auf rasch verlaufende Anaemia perniciosa. Blutuntersuchung und Obduktion bestätigten diese Diagnose, stellten aber fest, daß das Krankheitsbild durch eine nebenherlaufende Septikämie verunreinigt war. Die Krankengeschichte ist folgende.

Frau B.-W., 26 Jahre alt, ist tuberkulös belastet; ihre Mutter und einige Angehörige derselben sind an tuberkulösen Lungenaffektionen gestorben; die drei Geschwister der Pat. sind aber gesund. Ihr Vater litt an Arteriosklerose und chronischer Nephritis und erlag einer Apoplexia cerebri. — Frau B.-W. selbst war bisher stets gesund gewesen und hatte als kräftige Frau gegolten. Sie neigte etwas zu Fettleibigkeit; hatte aber angeblich immer ein gesundes Aussehen. Sie lebte in guten Verhältnissen. Ihre Menstruation war immer regelmäßig und in Ordnung. Am 21. März 1905 verheiratete sie sich, und Mitte April konzipierte sie zum ersten Male. Die Schwangerschaft verlief durchaus ungestört bis gegen den Schluß zu. In den letzten Wochen fühlte sie sich öfters müde; auch fiel der Umgebung ihre Blässe auf; doch verrichtete sie ihre gewohnte Arbeit im Haushalt und konsultierte nur wegen Sodbrennen Kollegen R.

Am 17. Januar, also 2 Tage vor der Geburt, bekam sie zweimaliges Nasenbluten und heftiges Kopfweh, so daß Kollege R. den Eisbeutel auf den Kopf auflegen ließ; am nächsten Tage hatte sich der Zustand gebessert. Eiweiß war nicht im Urin nachzuweisen.

Am 19. Januar, 9 Uhr abends, erfolgte am normalen Schwangerschaftsende nach 6stündiger guter Wehentätigkeit die spontane Geburt eines reifen, nach der Schätzung etwa 3200 g schweren gesunden Mädchens. 1/2 Stunde nach dem Austritte des Kindes wurde die Nachgeburt von Dr. R. exprimiert. Der Blutverlust bei der ganzen Geburt war nicht groß. Ein Dammriß entstand nicht, sondern bloß eine etwa 1½ cm lange Schürfung an der hinteren Kommissur. Sofort nach der Entbindung zeigte die Frau eine auffallende Teilnahmlosigkeit und ausgesprochene Schlafsucht. Sie kümmerte sich gar nicht um ihr Kind.

Am 20. Januar wurden wegen starker Nachwehen 10 Tropfen Tinctura opii per os verordnet. Temperatur Vormittag 37,5; abends 37,7°. Schlafsucht.

21. Januar. Befinden ordentlich; Temperatur abends 38,1°. Schlafsucht.

22. Januar. Temperatur mittags 39,2; Puls 120; Schmerzen in den Brüsten. Lochien nicht übelriechend. Klysma. Apathie. Temperatur 5 Uhr nachmittags 38,7°; 8 Uhr abends 38,1°. Schlafsucht.

23. Januar. Temperatur 8 Uhr vormittags 38,1° (1/2 Glas Hunjady), 8 Uhr abends Temperatur 38,0°. Schlafsucht.

24. Januar. Morgens in der Frühe außergewöhnlich heftiges Nasenbluten aus beiden Nares, so daß Pat. dem Verblutungstode nahe war. Tamponade, Hämostasin innerlich. Große Blässe, dabei starke psychische Aufregung; bald darauf wieder Teilnahmlosigkeit und Schlafsucht; nur die Nachwehen und heftige Reize bringen Pat. zu sich. Temperatur 8 Uhr vormitttags 37,8°; 3 Uhr nachmittags 38,5°; Puls 120; 8 Uhr abends Temperatur 38,4°.

25. Januar. 9 Uhr vormittags 38,1; 3 Uhr nachmittags 39,6°. Apathie (0,6 Antipyrin).

26. Januar. Temperatur 8 Uhr vormittags 38,0°. Klysma; Stuhl geht unwillkürlich ab. Pat. ist ganz teilnahmlos.

Um 11 Uhr vormittags sehe ich die Pat. zum ersten Male. Kollegen R. war es in erster Linie darum zu tun, sicher darüber zu werden, ob septische Infektion vorliege oder nicht. Pat. liegt unbeweglich in ihrem Bette, sie hustet trocken, gibt aber auf Fragen ziemlich prompt, doch nur in kurzen Sätzen Antwort und ermüdet rasch; sobald man sie in Ruhe läßt, verfällt sie in apathisches Sinnen und Schlaf. Sie sieht blaß, aber nicht wachsbleich aus, die Haut ist im Gesicht und am ganzen Körper ziemlich pastös und etwas gedunsen; Ödeme sind nirgends vorhanden, auch keine Petechien; Struma besteht nicht. Lähmungserscheinungen fehlen; die Pupillen sind mittelweit, beiderseits gleich, Bewegung des Kopfes frei und schmerzlos, keine Nackenstarre. Foetor ex ore besteht nicht. Die Lungen sind frei; am Herzen ein leichtes systolisches Geräusch über der Basis. Bauchorgane nicht empfindlich; kein Meteorismus; kein Milztumor. Urin ohne Eiweiß. Uterus gut kontrahiert, für den 7. Tag des Wochenbettes etwas groß, wenig empfindlich, Parametrien frei, Lochien nicht profus, nicht übelriechend. Am Introitus keine Ulcera, kein Ödem. Eine sofort am Krankenbette vorgenommene Blutuntersuchung ergibt starke Anisocytose mit zahlreichen Megalocyten und einen Hämoglobingehalt von 15 % (Talquist), daneben aber Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Wir stellten die Diagnose auf Anaemia perniciosa mit raschem Verlaufe. Für die Annahme einer septischen Infektion waren keine Anhaltspunkte vorhanden.

27. Januar. Morgens 37,8°, Puls 104, Schlafsucht dieselbe.
Mittags 38,0°, Puls 112, Stuhl auf Klysma.
Abends 38,3°.

28. Januar. Temperatur morgens 37,6°, Puls 110.
Temperatur mittags 38,0°.
Temperatur abends 38,3°. Zustand derselbe.

29. Januar. Morgens 38,2° (Puls 124). Sensorium benommen.
Mittags 39,6°, Stuhl auf Klysma.

Abends 6 Uhr: 39,9° (Puls 132) Chinin bimur. 0,15 alle 4 Stunden (subkutan).
Abends 9 Uhr 39,3°.
Abends 11 Uhr 38,9° (Puls 128 Respiration 30).

30. Januar. 8 Uhr vormittags 39,6, $9^1/_2$ Uhr 39,7° (Puls 158), 12 Uhr 39,7. 3 Uhr 39,5; 5 Uhr 39,4, $^1/_2$7 Uhr 39,4, 11 Uhr 39,9, 12 Uhr 39,5° (Puls 120).

11 Uhr vormittags 2. Konsultation. Temperatur 39,4°, Puls 132, Hämoglobingehalt mit Sahli'schem Hämoglobinometer 12%.

Pat. liegt beständig im Schlummer; die Zunge ist blaß, neigt aber zur Tröckne (Kochsalzinfusion).

31. Januar. $2^1/_2$ Uhr vormittags 40,1°. Bewußtlosigkeit.
4 Uhr vormittags 39,6°.
6 Uhr vormittags 40,1° (Puls 134, schwächer).
10 Uhr vormittags 39,5° (Puls 140).
12 Uhr mittags 39,5° (144).
2 Uhr nachmittags 40,2°.
6 Uhr nachmittags Exitus.

Die Sektion wurde von Dr. Fabian, erstem Assistenten des pathologischen Institutes Zürich (Prof. Ernst) vorgenommen. Das Protokoll lautet:

Mittelgroße weibliche Leiche mit sehr blasser Hautfarbe und sehr blassen sichtbaren Schleimhäuten. Kein Hautödem, spärliche Totenflecke an den abhängigen Partien des Rumpfes. Totenstarre. Fettpolster sehr reichlich, Muskulatur kräftig, rosa, feucht. In der Bauchhöhle einige Tropfen blutiger Flüssigkeit. Feine punktförmige Blutungen des Beckenperitoneum, nahe den Ovarien. Serosa sonst blaß, glatt, glänzend. Mesenterium fettreich. Proc. vermiform. ohne Besonderheit. Zwerchfell rechts an IV., links an V. Rippe. Herzbeutel in mäßiger Ausdehnung freiliegend. Lungen wenig retrahiert. In linker Pleurahöhle etwa 1 ccm gelbrötlicher, leicht getrübter Flüssigkeit. Lungen nicht verwachsen. Herzbeutelflüssigkeit gering, klar. Herz klein, schlaff, Epikard glatt, subepikardiales Fettgewebe reichlich. Klappen dünn. Herzhöhlen entsprechend weit, Wand nicht verdickt. Im linken Ventrikel erscheint der große Papillarmuskel gelb gesprenkelt. Das Herzfleisch auf dem Durchschnitt blaßgelb, etwas fleckig, weich; Kranzarterien zart. Lungen groß, weich. Der linke Unterlappen mit ausgedehnten streifenförmigen subpleuralen Blutungen. Schnittfläche der Lunge blaß; im Unterlappen etwas röter, glatt. Rechte Lunge mit glänzender Pleura, vereinzelte Blutungen; auf der Schnittfläche mit lobulären, leicht prominenten gelbrötlichen, nahezu luftleeren Stellen, besonders im Unterlappen. Hilusdrüsen klein, wenig anthrakotisch. Bronchialschleimhaut mit wenig Schleim, leicht gerötet. Milz 17:14:4, Kapsel gespannt, Konsistenz weich, Schnittfläche dunkelrot mit überquellender Pulpa. Trabekel nur vereinzelt zu sehen. Nebennieren ohne Besonderheit. Nieren entsprechend groß; fibröse Kapsel leicht lösbar. Oberfläche glatt, sehr blaß. Schnittfläche mit trüber Rinde und undeutlich abgesetzter Marksubstanz. Im linken Nierenbecken einige punktförmige Blutungen. Die rechte Vena spermatica ist in ihrer ganzen Ausdehnung durch einen roten, geschichteten, der Wand festanhaftenden, ziemlich derben Pfropf verschlossen. Leber klein, weich; im rechten Lappen wenige punktförmige, subseröse Blutungen. Schnittfläche mit etwas verwaschener Zeichnung, an einigen Partien hebt sich das Zentrum gelblich ab. Im linken Lappen ein sehr weicher Bezirk. Gallenblase ohne Besonderheit.

Magenschleimhaut blaßgrau. Pankreas körnig, weich. Aorta blaß, glatt. Mesenterialdrüsen nicht vergrößert. Halsorgane nicht seziert; auch nicht das Gehirn.

Uterus faustgroß, weich. Vagina glatt. Orific. ut. ext. gut für einen Finger durchgängig. Innenfläche gerötet; in ihr eine 5 cm lange, 3 cm breite, rauhe, mit leicht eitrigem Brei belegte, rauhere, erhabene Partie (Placentarstelle) an der Rückwand im Fundus. Wanddicke 1 cm. Die Venen des Myometrium überall mit grauroten, nur manchmal etwas erweichten, gerippten Pfropfen angefüllt. Die gleichen in den perimetralen Venen. Parametrium unverändert. Iliakale Lymph-

drüsen nicht vergrößert. Rechtes Ovarium mit einem kleinen Corpus luteum verum. Tuben ohne Besonderheit.

Blase und Darm ohne Besonderheit. Das Knochenmark der rechten Femurdiaphyse rosa bis rötlich, nirgends gelblich. —

Eine von Dr. Nägeli-Naef in zuvorkommendster Weise vorgenommene genauere Blutuntersuchung ergab starke Anisocytose mit zahlreichen Megalocyten; mäßige Poikilocytose. Hämoglobingehalt der einzelnen roten Blutkörperchen fast ohne jede Ausnahme sehr stark. Kernhaltige rote Blutkörperchen ziemlich häufig; auf die Leukocytenzahl berechnet 6 % Normoblasten und 2 % Megaloblasten. Nicht selten Kernzerfall der roten Blutkörperchen. Polychromasie der roten Blutkörperchen, besonders der kernhaltigen, oft vorhanden. Rote Blutkörperchen mit basophiler Granulation selten, aber schön entwickelt. Blutplättchen häufig. Man ist sofort überzeugt, daß es sich um enorme Verminderung der roten Blutkörperchen handeln muß, und daß der Färbeindex beträchtlich über 1 ausfällt.

Weiße Blutkörperchen sehr stark vermehrt; schätzungsweise mindestens 30000, so daß vielfach ein leukämisches Blutbild vorzuliegen scheint. Die eingehende Berechnung der Leukocytenarten ergibt nach Durchzählung von 1000 Leukocyten:

Neutrophile Myelocyten	25¾ %	Übergangsformen	1¼ %
Neutrophile polymorphe Zellen	49 %	Große Mononukleäre	1¼ %
Eosinophile	—	Myeloblasten	2¼ %
Kleine Lymphocyten	20 %	Mastzellen	—
Plasmazellen	½ %		

Zusammenfassung. Eine bisher als gesund geltende, aber etwas pastös und in den letzten Wochen blässer aussehende, tuberkulös belastete Frau fühlt sich gegen Ende der ersten Schwangerschaft müde und bekommt 2 Tage vor dem erwarteten Geburtseintritte mäßig starkes Nasenbluten, verbunden mit Kopfweh. Mit der spontan und leicht erfolgenden Geburt stellt sich Apathie und Schlafsucht ein, und die Temperatur geht etwas in die Höhe. Am 5. Tage des Wochenbettes erfolgt eine außergewöhnlich heftige Nasenblutung, die erst auf Tamponade steht. Von da an verschlimmert sich das Allgemeinbefinden; Apathie und Schafsucht nehmen zu; Temperatur und Puls steigen ohne Schüttelfrost höher an; es entsteht das Bild einer perniziösen Anämie. Bei der Blutuntersuchung steht aber in Widerspruch die starke Vermehrung der Leukocyten. Unter zunehmender Schlafsucht und allmählich eintretendem Bewußtseinsverlust geht die Frau am 12. Tage des Wochenbettes zugrunde. Die Sektion bestätigt die Annahme der Anaemia perniciosa und bringt für die Leukocytose eine befriedigende Erklärung in thrombophlebitischen Vorgängen der Uteruswand und des Plexus pampiniformis sin.

Die Hämatologen haben in den letzten Jahren den Blutbefund bei Anaemia perniciosa so weit fixiert, daß in ausgesprochenen Fällen die Diagnose mit voller Bestimmtheit gestellt werden kann. Starke Verminderung der roten Blutkörperchen, Erhöhung ihrer Färbekraft, Vorkommen vieler Megalocyten. Auftreten von kernhaltigen roten Blutkörperchen, besonders von Megaloblasten bei Abnahme der Leukocyten, besonders der Neutrophilen, ergibt ein Blutbild, welches nur auf perniziöse Anämie paßt. Durch Komplikationen entzündlicher Art kann,

wie die Blutkenner hervorheben, die Abnahme der Leukocyten ins Gegenteil umschlagen. — In welchem Verhältnis in unserem Falle der infektiöse Prozeß zu der perniziösen Anämie, die zweifellos während der Schwangerschaft begonnen hatte, stand, entzieht sich unserem Urteile.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

293. Sitzung am 15. März 1906.

Vorsitzender: Herr Leopold; Schriftführer: Herr Goldberg.

Vor der Tagesordnung demonstriert

1) Herr Geipel (als Gast):

a. zwei Uteri, die nach septischem, wohl artefiziellen Abort zur Sektion kamen und totale Perforationen in der hinteren Muttermundslippe aufwiesen.

b. ein Dermoid, kompliziert durch karzinomatöse Degeneration: Bei der der Sektion 2 Monate vorausgegangenen Operation hatte sich ein großer karzinomatöser Tumor in der linken Seite gefunden, der mit der Flexura sigm. fest verwachsen war und nicht vollkommen ausgelöst werden konnte. Bei der Sektion fand sich dort wieder ein faustgroßer Tumor und daneben Karzinose des Bauchfelles und ein Karzinom an der kleinen Kurvatur des Magens. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Becken einen typischen Hornperlenkrebs, im Magen einen typischen kleinzelligen Drüsenkrebs. Da also der Beckenkrebs nicht als Metastase vom Magen aus angesehen werden konnte, vermutete G. in ihm ein karzinomatöses Dermoid und fand diese Vermutung bestätigt durch nachträgliche Untersuchung des vom Operateur entfernten Tumors, welcher ein typisches Dermoid mit Zähnen darstellte.

Hinsichtlich der anatomischen Einreihung der Dermoide kommt er auf die Wilms'sche und Pfannenstiel'sche Theorie zu sprechen.

2) Herr Leopold:

a. zwei Fälle von doppelseitigem Dermoid;

b. ein einseitiges Dermoid mit breitem, gedrehtem Stiel;

c. ein verjauchtes Uterusmyom mit ausgedehnter eitriger Schmelzung der zugehörigen Venen. Es hatte sich schwere Thrombose in beiden Beinen angeschlossen.

Tagesordnung:

I. Herr Osterloh: Seltene Ereignisse nach Köliotomien.

1) Darmfisteln:

Von 111 seit dem 1. Mai 1898 im Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt ausgeführten Adnexoperationen mußten bei 52 große blutende Wundflächen zugleich nach vorausgegangenem Eitererguß in die Bauchhöhle drainiert werden. Die Drainage, früher mit Jodoform-, jetzt seit mehreren Jahren mit Xeroformgaze, wird stets zur Bauchwunde herausgeleitet, nur in seltenen Fällen gleichzeitig auch nach der Scheide zu. 10mal entstand hierbei eine Kotfistel.

Von diesen starben zwei im Laufe des 2. bzw. 4. Tages an Peritonitis, so daß über die Kotfistel selbst, die bei der ersten erst in Entwicklung war, bei der zweiten am Tage vor dem Tode durch Abgang von Winden aus der Bauchwunde sich bemerkbar gemacht hatte, nichts Besonderes zu beobachten war. Die acht anderen Fälle sind genesen.

a. 19jährige Verkäuferin. Operation 19. November 1900. Linksseitige Pyosalpinx, feste Verwachsungen mit dem Netz und dem Dünndarm. Letzterer reißt bei stumpfer Trennung ein; typische Darmnaht. Der Eiter überschwemmt bei

Lösung der Geschwulst das Operationsfeld. Jodoformgazedrainage. Vom 1. bis 4. Dezember Abgang dünnen Stuhles aus der Bauchwunde. Heilung unter zuwartender Behandlung.

b. 26jähriges Dienstmädchen; links Pyosalpinx, Retroflexio uteri fixata. Operation 22. Juli 1901, sehr schwierige Auslösung. Drainage. 10. bis 20. August Dünndarmfistel. Behandlung wie oben. Heilung.

c. 23jährige Schneiderin. Doppelseitige Pyosalpinx und Pyoovarium. 5. Dezember 1903 Operation; sehr schwierige Ausschälung, allgemeine starke Flächenblutung. Drainage. 17.—31. Dezember Abgang von gelblich-bräunlichem Darminhalte. Behandlung wie oben. Heilung.

d. 44jährige Witwe kommt mit großem, auf dem Transport geplatztem Ovarialabszeß mit 39,0° und 138 Puls am 1. Juni 1904 zur Operation; beim Leibschnitt entleeren sich große Mengen grünen Eiters. Der ziemlich kindskopfgroße Tumor, an dem sich die Rupturstelle findet, gehört dem linken Ovarium an, die Tube zieht über ihn hin. Darmschlingen vielfach mit ihm verwachsen. Drainage. Am 14. Juni läuft die Flüssigkeit eines Einlaufes in den Mastdarm zum großen Teile durch die Bauchwunde. Da die Fistel sich nicht völlig schließt, wurde sie nach 5 Wochen inzidiert und dabei ein kleiner Kotstein gefunden, nach dessen Entfernung die Fistel spontan ausheilte.

e. 23jähriges Stubenmädchen; doppelseitige schwierige Adnexoperation am 18. Januar 1904. Drainage. 25. Januar bis 3. Februar Dünndarmfistel. Spontane Heilung.

f. 20jährige Arbeiterin. Pyosalpinx duplex. Links Ovarialcyste. 15. Juli 1905 Operation. 24. August bis 2. September Kotfistel. Spontane Heilung.

g. 27jährige Frau. Pyosalpinx duplex. Operation 8. Dezember. Kotfistel 14. bis 31. Dezember. Spontane Heilung.

h. 26jährige Frau. Schwere rechtsseitige Adnexoperation. Bei Trennung der Pyosalpinx von einer breit mit ihr verwachsenen Dünndarmschlinge wird die Darmserosa auf ca. 3—4 cm zerfetzt. Die Darmwand ist infolge der entzündlichen Vorgänge so stark infiltriert, daß es nicht gelingt, die Verletzung in der Serosa zu schließen. Es blieb nur der Weg, entweder eine größere Darmresektion bis über die Infiltration hinaus auszuführen oder die Schlinge so mit Gaze zu umgeben, daß bei der zu erwartenden Kotfistel eine Infektion des Peritoneums vermieden wurde. Die spontanen Heilungen der meisten Fälle veranlaßte den letzteren Weg einzuschlagen. Vom 24. Januar bis 6. Februar 1906 Kotfistel. Spontane Heilung.

2) Harnfistel.

26jährige, seit 5 Monaten verheiratete Frau; große, rechtsseitige Pyosalpinx, deren Lösung am 11. März 1905 von den Nachbarorganen und aus dem Douglas sehr schwierig war. Drainage. Bei völligem Wohlbefinden entleert sich vom 17. bis 28. März die Hälfte der Urinausscheidung durch die Bauchwunde. Dann trat spontane Heilung ein, und am 28. März stieg die Urinmenge von 600 ccm vorher auf 1200 ccm. Völlige Herstellung. Die Frau ist jetzt im 4. Monat ihrer ersten Schwangerschaft.

3) Ileus. Relaparotomie. Heilung.

35jährige Frau, am 24. Mai 1905 wegen doppelseitiger Pyosalpinx operiert. Der Uterus aus seiner Fixation in der Kreuzbeinhöhlung gelöst und mit durchgreifenden Nähten an der Bauchwand befestigt.

Am 8. Juni Eintritt von Ileuserscheinungen; am 8. Juni zweite Laparotomie. Da die Stelle, wo die Fixationsnähte gelegen hatten, noch eiterte, wurde die Infektionsgefahr durch provisorische Übernähung mit benachbarter gesunder Haut beseitigt. Die Lösung einer zweimal mit dem rechtsseitigen Stumpfe fest verwachsenen und dadurch abgeknickten Dünndarmschlinge gelang, eine Darmverletzung wurde übernäht. Am 1. Juli gesund entlassen.

4) Pneumonie nach Köliotomie.

a. 34jährige Frau, am 14. Oktober 1905 von ihrem vierten Kind ohne Kunsthilfe entbunden, erkrankt am 22. Oktober mit Ileussymptomen. Am 26. Oktober im Krankenhaus Operation. Linksseitige Pyosalpinx, mit Netz- und Dünndarm

schlingen breit verwachsen, die Darmschlinge ist abgeknickt und gedreht. Nach schwieriger Lösung gelingt es, sie durchgängig zu machen; hierbei ist die Pyosalpinx geplatzt, der Eiter hat sich in die Bauchhöhle ergossen. Nach Entfernung der linken Adnexe wird auch das rechte, in eine Cyste verwandelte, Ovarium entfernt. Auf Besserung des Wohlbefindens erkrankt die Operierte am 30. Oktober mit einer Pneumonie des rechten unteren Lappens, starke Herzschwäche. Verlauf der Pneumonie sehr zögernd. Wundheilung hiervon unbeeinflußt. Am 2. Dezember gesund entlassen.

b. 21jährige Garniererin. Doppelte Pyosalpinx, links Pyovarium. Operation 25. Januar 1906. Drainage. 26.—31. Januar Pneumonie. Heilung.

Diskussion. Herr Leopold berichtet über drei Fälle von Darmverletzungen mit nachfolgender Fistelbildung (2mal des Dünndarmes, 1mal des Dickdarmes).

Im ersten Falle trat 14 Tage nach einer sehr schwierigen vaginalen Auslösung des Uterus mit den gonorrhoisch entzündeten Adnexen eine Dünndarm-Scheidenfistel auf. Da dieselbe nicht heilte und rasch zu hochgradiger Inanition führte, wurde der Leib geöffnet, die Fistel aufgesucht, der Darm reseziert und vernäht. Die sehr erschöpfte Frau starb an demselben Tage.

Der zweite Fall betraf eine ältere Frau mit stark verwachsenem Kystom. Bei der Laparotomie war nicht sicher zu entscheiden, ob der Darm verletzt worden war. In der 2. Woche brach der Leib wieder auf, und es entleerte sich lange Zeit dünnflüssiger Stuhl. Auch hier, trotz reichlicher Nahrungsaufnahme, rasch zunehmende Erschöpfung, welche einen weiteren Eingriff verbot, und Exitus.

Im dritten Falle handelte es sich um eine Dickdarmfistel, die ja immer viel günstiger verlaufen als die Dünndarmfisteln. Es war durch Laparotomie eine in der Tiefe des Beckens breit verwachsene Cyste entfernt worden, wobei ein Riß im Rektum in der Höhe des Promontoriums entstand. Derselbe wurde vernäht. Nach anfangs gutem Verlaufe trat in der 2. Woche Fieber ein, und die Bauchwunde brach wieder auf. Aus ihr entleerte sich eine Zeitlang braunschwarzer Stuhlgang. Unter täglich zweimaligen Spülungen schloß sich diese Fistel von selbst.

Ureterenläsionen erlebte er mehrere, doch sind dieselben ja nach ihrer Art verschieden zu beurteilen (Verletzung, Gangrän, Kompression usw.). Ein Fall von Kompression ereignete sich vor 15 Jahren bei einer Myomotomie. Dieselbe mußte, da sich wegen Größe des Tumors kein Stiel bilden ließ, extraperitoneal zu Ende geführt werden. In diesem Falle waren beide Ureteren durch den Tumor sehr hoch emporgedrängt, in der Gegend des Orif. int. einen Bogen nach aufwärts machend, so daß sie dort von der Ligatur mit eingeklemmt wurden.

Herr Osterloh hält die Darmverletzungen bei abdominellen Adnexoperationen für nicht so bedenklich als bei vaginalen und greift erkrankte Adnexe wegen der Übersichtlichkeit grundsätzlich vom Abdomen aus an.

Herr Peters sah zweimal Dünndarmfisteln nach Köliotomie, beide spontan heilend, einmal nach Darmresektion und einmal nach Tubenabort mit großer Hämatokele, die spät und mit sehr festen Verwachsungen zur Operation kam.

Manchmal ist bei aller Vorsicht das Einreißen des Darmes nicht zu vermeiden. Er erlebte dies einmal bei Entfernung einer verwachsenen Parovarialcyste; die zweifache Darmverletzung konnte genäht werden und heilte. Nach einem Jahre mußte er dieselbe Pat. wegen Parovarialcyste der anderen Seite laparotomieren, und wieder riß, trotz aller Vorsicht beim Lösen von Verwachsungen, eine Dünndarmschlinge ein, die nach Naht wiederum primär heilte. Zweifellos spielt bei solchen Vorgängen eine individuell verschiedene Brüchigkeit der Darmwand in der Nähe von Entzündungsherden eine disponierende Rolle.

II. Herr Geipel (als Gast) bespricht das Auftreten des elastischen Gewebes im tierischen und menschlichen embryonalen Organismus.

Beim Hühnchen treten die ersten Fasern am 6. Entwicklungstage, beim Menschen Ende des 1. Monates auf, während sie beim 14 Tage alten Embryo noch völlig fehlen. In Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen am Schweineembryo beobachtete er das Auftreten im Organismus zuerst am Anfangsteile der großen Gefäße, Pulmonalis und Aorta. Sodann bespricht er das Vorkommen des

elastischen Gewebes in Geschwülsten, welche durchweg eine geringe Ausbeute geben, und demonstriert Präparate von einem Fibromyom der Magenwand, welches sich größtenteils aus elastischem Gewebe zusammensetzte.

Neueste Literatur.

2) Französische Dissertationen.

1) C. Jaume (Lyon 1904). De la perte de poids du nouveau-né.

Aus der geburtshilflichen Klinik zu Lyon wird folgende Statistik aufgestellt: Der Gewichtsverlust der Neugeborenen ist durchschnittlich: a. für die Kinder von Mehrgebärenden (100 Beobachtungen) 233 g, 152 am 1., 76 am 2. Tage; b. bei den Kindern Erstgebärender (300 Beobachtungen) 242 g, 145 am 1., 79 am 2. Tage; c. bei Schwachen (50 Beobachtungen) 184 g, 105 am 1., 57 am 2. Tage. Die meisten Kinder nehmen mindestens während 2 Tagen ab. Ein Teil, davon $^1/_5$ Mehrgebärender, $^2/_5$ Erstgebärender und $^2/_5$ Schwacher, nimmt noch am 3. Tag ab. Große Kinder über 3500 g nehmen mehr ab wie mittlere (2800—3500 g), diese mehr wie schwache (unter 2500 g). Das System des 3stündigen Stillens übt auf den Gewichtsverlust der Neugeborenen keinen schädlichen Einfluß aus, da derselbe nicht größer ist wie in Paris, wo alle 2 Stunden gestillt wird. Geschlecht des Kindes und Alter der Mütter haben keinen Einfluß, dagegen ist die Gewichtskurve bei hereditärer Syphilis eine so charakteristische, daß man danach teilweise die frühzeitige Diagnose der Erkrankung stellen kann. Die Albuminurie hat auch keinen Einfluß.

2) M. Bonier (Lyon 1904). De la myomectomie abdominale dans le traitement des fibromes utérins.

Das Idealverfahren ist es, die Abtragung der Tumoren mit der Erhaltung des Organes zu vereinen, besonders wenn es sich um gutartige Tumoren handelt. Dieses Prinzip ist um so anwendbarer bei Fibromen, da dieselben fast stets umschrieben und ohne Verwachsungen sind, und man sie daher leicht herausnehmen kann, ohne das Organ zu opfern. Die Gründe, welche zugunsten der Myomektomie sprechen, sind hauptsächlich die, daß man dadurch Menstruation und Befruchtung nicht unterdrückt. Auch werden die häufig auftretenden unangenehmen Folgen der Radikaloperation vermieden: Atrophie der Vagina und frühzeitige Menopause.

Indikation zur Myomektomie bildet die retroperitoneale Entwicklung der Tumoren; cystische Fibrome, sowie das Vorhandensein weniger fibröser Kerne, sollen die Myomektomie, dagegen reichliche Entwicklung der Tumoren (uterine Fibromatose) und diffuse Form die Hysterektomie veranlassen. Je jünger die Frau, desto konservativer soll operiert werden. Die Fälle von Schwangerschaft nach Myomektomie sind ziemlich häufig. Tiefliegende Fibrome sollten stets ausgeschält werden, da sie in der Schwangerschaft den Uterus leicht einklemmen. Entgegen der Statistik, welche der Myomektomie eine geringere Gefährlichkeit wie der Hysterektomie zuspricht, ist der Verf. der Ansicht, daß die erstere gefährlicher und schwieriger sei. Seine persönliche Statistik ergibt eine Mortalität von 3,3%. Die Fernresultate bestätigen den Heilwert der Myomektomie. Es folgt auf dieselbe meist eine Art uteriner Rückbildung, welche die Menopause beschleunigt und sich dem Rezidiv widersetzt, welches denn auch in der Tat selten ist.

3) F. Sailly (Lyon 1904). Contribution à l'étude de la perineorrhaphie à étages. Myorrhaphie des reveleurs de l'anus.

Der Genitalprolaps ist einer Dammruptur oder einer Beckenbodeninsuffizienz zuzuschreiben. Letztere ist häufig charakterisiert durch ein breites Auseinanderklaffen der beiden inneren Ränder des Levator ani. Die Hauptbehandlung des uterinen Prolapses besteht in der Kolpoperineorrhaphie, mit oder ohne darauffolgender Colporrhaphia anterior oder Hysteropexie. Man soll in Etagen und vor allem die Beckenmuskulatur nähen.

4) P. Villard (Lyon 1905). Du myom malin de l'utérus.

Das Myom kann sich in Fibrosarkom, Myosarkom, Fibromyosarkom, Sarkom der uterinen Wand und sarkomatöses Myom umwandeln. Für die Malignität der Myome werden verschiedene histologische Momente angesprochen: Myxoide Entartung oder Kernteilungsfiguren in den Fibromzellen; doch ist deren Wert nicht besonders, die Rezidive und Metastasen sind die einzigen unbestreitbaren Beweise der Malignität. Das Myom kann sarkomatös degenerieren, vor allem mit und nach der Menopause. Das rasche Wachstum sowie das Wiedererscheinen der uterinen Blutungen nach der Menopause sind das beste klinische Zeichen, Ascites und Kachexie sind nicht zu hoch anzuschlagen. Das maligne Myom kann verwechselt werden mit Korpuskarzinom, mit schwangerem fibromatösen Uterus, soliden oder cystischen Ovarialtumoren und peritonealem Krebs. Die Häufigkeit der malignen Entartung des Myoms ist schwer abzuschätzen.

5) E. Jammes (Lyon 1905). Du diagnostic de Hydrocéphalie congenitale pendant la grossesse et le travail. Sur un signe nouveau: le »coup de hache circulaire«.

Der angeborene Hydrocephalus kommt sehr selten vor. Die Prognose ist sehr ernst für die Mutter, solange die Diagnose nicht richtig gestellt ist. Um dieselbe während der Schwangerschaft abgeben zu können, muß man hauptsächlich zur Palpation seine Zuflucht nehmen. Man erkennt dadurch: a. bei Schädellagen das Nichteintreten des Kopfes; den voluminösen Umfang desselben, welcher über den Beckeneingang herausragt; die hypogastrische Hervorwölbung und den »Coup de hache circulaire« nach Fabre, worunter er eine zirkuläre Einbuchtung zwischen Kopf und Rumpf des Kindes versteht; b. bei Steißlagen: das Pergamentknistern des Kopfes, das Fehlen des Ballotements des kindlichen Schädels. Die Kephalometrie wird die Diagnose bestätigen. Für die Diagnose während der Wehen gibt das Touchieren sichere Auskunft. Man erkennt dadurch a. bei Schädellagen: das Nichteintreten des Kopfes, die Ausdehnung der Fontanellen, die abdomino-vaginale Fluktuation; b. bei Steißlagen: die totale Obstruktion des Beckeneinganges, sowie ebenfalls die Erweiterung der Fontanellen und die Fluktuation.

6) M. Coulon (Lyon 1905). De la délivrance retardée dans la pratique des accouchements.

Bezüglich der Nachgeburtsperiode gibt es zweierlei Methoden, entweder soll auf den Uterus und die Nabelschnur eingewirkt werden, um den Austritt der Placenta zu beschleunigen, oder es soll soviel wie möglich der Moment des Eingriffes hinausgeschoben werden. Das Studium der verschiedenen Methoden zeigt bei jeder Vor- und Nachteile. Letztere entstehen immer aus zu frühen Eingriffen, und die statistischen Resultate sprechen zugunsten des Abwartens. Als beste und wenigst schmerzhafte Methode erachtet Verf. die von Ahlfeld. Nur Blutungen fordern einen raschen Eingriff.

7) L. Lannes-Dehore (Lyon 1905). Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus.

Die Tuberkulose des Uterushalses, die oft verwechselt wird mit cervicalen Metritiden oder Neubildungen, ist häufiger in der Zeit des sexuellen Lebens, zwischen 20 und 30 Jahren. Sie trifft gleichmäßig Mehr- und Nichtgebärende und besonders die Frauen, bei welchen früher schon Bazillen gefunden wurden. Die aufsteigende Infektion ist anzuzweifeln, gewöhnlich geschieht dieselbe auf absteigendem Wege. Der Symptomenkomplex ist nicht charakteristisch. Es kommt alles mögliche vor: Amenorrhöe, Dysmenorrhöe, Metrorrhagie, verschiedenartige Schmerzen, fast immer Leukorrhöe. Fieber mit großen Schwankungen hat der Verf. nur in seiner eigenen Beobachtung gesehen. Man unterscheidet drei Formen: die miliare, die ulzeröse und die sprossende Form. Die katarrhalische Form von Schick soll verworfen werden. Die Behandlung ist operativ, außer in den Fällen, in denen die Tuberkulose schon in anderen Organen weit vorgeschritten ist.

8) F. J. Renny (Lyon 1904). Des kystes de l'ovaire tuberculeux.

Es sind bis jetzt nur 17 Fälle von tuberkulösen Ovarialcysten beobachtet worden, einschließlich des Falles des Verf.s. Die Diagnose kann erst gestellt

werden, wenn eine Cyste mikroskopisch untersucht wird. Die Cyste kann nicht als durch die Tuberkulose hervorgerufen betrachtet werden; sie bestand schon vorher und wurde durch die Tuberkulose erst später infiziert. Die Infektion stammt entweder von einer tuberkulösen Peritonitis oder von einer genitalen Tuberkulose, noch häufiger von einer tuberkulösen Salpingitis. In Fällen, in denen die Cyste allein die Trägerin ist, wurde sie sekundär auf dem Blutwege infiziert.

9) E. A. Beaumont (Lyon 1904). De l'occlusion intestinale dans les eventrations post-opératoires.

Die Bauchhernie nach Operationen kann zu akuter oder chronischer Darmokklusion Veranlassung geben. Beide entstehen aus entzündlichen Prozessen, die sich in der Hernie entwickeln, oder sind Einklemmungen zuzuschreiben. Der Symptomenkomplex ist in beiden Fällen der gleiche. Es muß sofort operiert werden.

10) A. Goruschine (Lyon 1905). La suppuration des kystes dermoides de l'ovaire et son traitement.

Die Vereiterung scheint in den Dermoidcysten des Ovars einen besonders günstigen Boden zu finden; die Infektion entsteht entweder auf genitalem oder intestinalem, oder auf dem Blutwege. Das Puerperium scheint begünstigend zu wirken. Diagnostische Irrtümer kommen sehr leicht vor, und die Prognose ist immer ernst. Der Tod kann entweder durch Septikämie eintreten oder durch intraperitoneale Ruptur. Die Cyste kann auch nach außen durchbrechen, sei es in die Blase oder die Vagina. Der abdominale Operationsweg sei immer dann einzuschlagen, wenn die Bauchhöhle schon infiziert ist, der vaginale, wenn der Tumor im Douglas liegt. Eventuell genügt auch Inzision mit Drainage.

11) Y. Maléeft (Lyon 1905). Étude clinique des perforations utérines abortives.

Septische uterine Perforationen sind selten. Die Perforationen sind meistens auf den Grund und die hintere Uteruswand lokalisiert, seltener auf den Hals. Das Ei bleibt meistens unberührt. Häufig entsteht Peritonitis. In Fällen, wo nur ein einfacher Kanal entstanden ist, sei Laparotomie und Drainage der infizierten Zone indiziert; in solchen von uteriner Zerreißung mit Substanzverlust oder Gangrän soll die abdominale Totalexstirpation mit abdomino-vaginaler Drainage ausgeführt werden.

12) M. Rolland (Lyon 1905). Du forceps lyonnais ou forceps à branches parallèles.

Dem Lyoner Accoucheur J. S. Thénance ist die Erfindung des Forceps mit parallelen Branchen zuzuschreiben. Diese Entdeckung ist sehr wertvoll, denn sie ermöglicht die Einwirkung der Kraft auf den Mittelpunkt. Der Forceps mit parallelen Branchen ist nach Ansicht des Verf.s ein Instrument, welches viel vollkommener ist, wie der Forceps mit gekreuzten Branchen.

13) E. Martin (Lyon 1905). Contribution à l'étude des rigidités anatomiques cicatricielles et syphilitiques du col utérin.

Die Rigidität des Uterushalses, habe sie eine anatomische oder syphilitische Ursache, oder sei sie aus Narben entstanden, bildet ein Hindernis für seine Erweiterung. Sie kann die Ursache schwerer Komplikationen für Mutter und Kind sein. Für die Dilatation tritt der Verf. nicht ein, dieselbe sei häufig ungenügend und eine blutige Intervention deshalb vorzuziehen. Wird dieselbe am Hals ausgeführt, so soll man zahlreiche, aber seichte Inzisionen machen; tiefe Einschnitte seien zu verwerfen und denselben eine direkte Einwirkung auf den Uterus vorzuziehen, entweder Kaiserschnitt oder Porro.

14) F. Sarvonat (Lyon 1905). Le rétrécissement congénital hypertrophique du pylore chez le nouveau-né.

Die angeborene hypertrophische Stenose des Pylorus ist eine in Frankreich noch wenig bekannte Erkrankung, die hauptsächlich in Amerika und England studiert wurde. Sie bietet Anzeichen, deren spezieller Charakter die Aufmerksamkeit auf sich ziehen muß. (Fehlen von Galle beim Brechen, Heftigkeit desselben und Seltenheit der Kotentleerung.) Die Peristaltik, das Vorhandensein eines Tu-

mors, Verfall des Kindes sind die hauptsächlichsten Anhaltspunkte für die Diagnose. Diese Stenose ist einer anatomischen Mißbildung zuzuschreiben, der Hyperplasie der zirkulären Muskeln des Pylorus. In vielen Fällen heilt sie spontan aus; wo das nicht der Fall ist, soll die Gastroenteroanastomose vorgenommen werden.

15) H. Reynier (Lyon 1905). Du bassin aplati et généralement rétréci.

Das abgeplattete und allgemein verengte Becken wurde in Deutschland hauptsächlich durch Michaelis und Litzmann, in Frankreich durch Fochier studiert. In einer sehr fleißigen Arbeit erörtert der Verf. die anatomischen Ursachen der Erscheinung, sowie das Verhalten bei der Geburt und die dabei erforderlichen Eingriffe.

16) P. Fandot (Lyon 1905). Des tératomes de la région sacrococcygienne considérés principalement dans leur étude clinique.

Die Teratome der Kreuz-Steißbeingegend haben einen sehr dunklen Ursprung, scheinen aber meistens einer Inklusion oder Doppelbildung zu entspringen. Die Struktur dieser Tumoren ist ohne Beziehung zu der Gegend, wo sie sitzen, und sie sind meist cystischer Natur. Ihre Prognose ist nicht schlecht für die Mutter, jedoch für das Kind. Sie vermehren die Häufigkeit der Steiß- und Schulterlagen, stören aber in der Hauptsache den Verlauf der Geburt nicht. Wenn ein energischer Zug zur Ausstoßung nicht genügt, soll man den Tumor punktieren oder morzellieren. Bei Schulterlage, wenn die Wendung unmöglich ist, muß die Embryotomie ausgeführt werden. Nach der Geburt soll der Tumor baldmöglichst entfernt werden.

17) C. Pellanda (Lyon 1905). La mort par fibromyomes utérus.

Bei 171 Todesfällen fand der Verf. folgende Ursachen:

1) 9mal (5,2%) fibromatöse Kachexie (Druckphänomene der abdominalen Eingeweide, Erschöpfung durch Blutung, Kotstauung, leichte Infektion, Phlebitis, Herz- und Nierenveränderung).

2) 11mal Hämorrhagien (6,4%).

3) (am meisten) Infektion: 85mal (49,5%), und zwar am häufigsten in Verbindung mit Schwangerschaft, Geburt und Frühgeburt. Und zwar: a. 47mal Gangrän (9mal hat ein gestielter, submuköser Tumor den Tod herbeigeführt durch ungenügende Entleerung in die Uterushöhle und putride Resorption; 16mal Nekrobiose, dann Gangrän und Suppuration, die zur Septikämie führten; 22mal entstand eine Peritonitis durch Bruch des Gangränherdes ins Peritoneum). b. 19mal suppurierende Adnexitis durch einfache Propagation der Ruptur einer Pyosalpinx. c. 19mal bei Fehlen von Veränderungen des Tumors selbst oder der Adnexe Auslösung einer Peritonitis, in einzelnen Fällen verbunden mit Pyämie.

4) 44mal (25,8%) Kompression der abdominalen und Beckeneingeweide (20mal auf den Darm [Okklusion], 13mal auf die Ureteren [Albuminurie, Pyelonephritis, Urämie), 11mal endlich auf die Wände des Uterus, der Vagina, der Blase, der Bauchwand 11mal).

5) 19mal (11,1%) durch Thrombose der Beckenvenen und Lungenembolie, ferner durch Herzveränderungen (Sklerose, Myokarditis, Klappeninsuffizienz).

6) Stieldrehung eines subserösen Fibromyoms.

7) Ausgenommen sollen werden die Fälle von Schwangerschaft mit Fibromyom und maligner Entartung des Tumors. Besonders zu erwähnen ist bei der Verbindung von Fibrom und Karzinom das Überwiegen des Korpuskarzinoms.

Das mittlere Alter der Verstorbenen betrug in den 171 Fällen im Mittel 44 Jahre und 9 Monate. Bei Infektion trat der Tod früher ein (42 Jahre 8 Monate), bei Kachexie später (57 Jahre 5 Monate). Die meisten Todesfälle kamen einerseits vor zwischen 36. und 42. Jahre, andererseits zwischen 46 und 50 Jahren. In einer sehr kleinen Anzahl vor 30 und nach 60 Jahren.

Trotzdem findet der Verf., daß aus der Zahl dieser Todesfälle kein Schluß zugunsten einer jedesmaligen Operation zu ziehen sei, da die Mortalität eine Ausnahme bildet. Die Operation soll immer den Fällen vorbehalten sein, wo Kom-

plikationen dazu treten, die Tumoren nach der Menopause wachsen und der Kranken durch ihre außergewöhnliche Entwicklung das Leben unerträglich machen.

18) C. Rolland (Lyon 1905). Sur un cas de fistule vesico-utérine opérée par voie vaginale.

Die vesico-uterinen Fisteln sollen auf vaginalem Wege operiert werden, wenn der Uterus sich herabziehen läßt, sonst soll abdominal oder vesikal eingegriffen werden. Die vaginale Intervention kann auf zweierlei Arten geschehen: a. die Anfrischung nach bilateraler Spaltung des Halses und Eversion der vorderen Lippe; b. die vesico-vaginale Verdoppelung mit vesikaler Sutur. Bei letzterer scheint die mediane Diszission der vorderen Lippe des Halses bis zur Fistel eine beträchtliche Vereinfachung des Verfahrens.

19) P. L. G. Lambert (Lyon 1904). Contribution à l'étude de la notencéphalie spécialement dans ses rapports avec l'obstétrique.

Unter »Notencephalen« versteht man Kinder, welche ohne spinale Fissuren geboren werden, und deren Gehirn größtenteils außerhalb der Schädelhöhle gelegen ist. Es entschlüpft aus derselben durch ein Loch, welches in der okzipitalen Region gelegen ist. Diese Mißbildung wird einer Bildungshemmung und amniotischen Bändern zugeschrieben. Syphilis und Alkoholismus sollen die Ursachen davon sein. Hydramnios und Frühgeburt sind häufig die Folgen. Während der Wehen bildet der Tumor am Beckeneingang oft ein Hindernis, und es entsteht dann sekundäre Gesichtslage. Die Diagnose ist während der Schwangerschaft schwer zu stellen. Das Kind stirbt während derselben selten, manchmal während der Wehen, am häufigsten 24 Stunden nach der Geburt. Bleibt das Kind am Leben, so sind chirurgische Eingriffe zu widerraten.

20) V. Cathala (Paris 1904). Pathogénie et étude clinique de la pyélonéphrite gravidique.

Die Pyelonephritis in der Gravidität hat als prädisponierende Ursache einen Mangel der Widerstandsfähigkeit des Nierenbeckens und als auslösende das Eindringen eines Bazillus, meistens des Bakt. coli in das Nierenbecken. Die Diagnose ist schwer zu stellen. Die Heilung erfolgt meist erst 5—6 Wochen nach der Geburt. Für die Mutter ist die Prognose im allgemeinen nicht zu schlecht, vor allem, wenn die Infektion den Kolibakterien allein zuzuschreiben ist. Im Verlaufe des Wochenbettes kann sie bedenklich werden durch eine sekundäre Infektion, vor allem durch Streptokokken, hauptsächlich deshalb, weil die Erkrankung dann chronisch werden kann. Während der Schwangerschaft soll medikamentös behandelt werden, operiert nur dann, wenn auch bei einem zweiten Wochenbette die Pyelonephritis wieder auftritt.

21) R. Chapry (Paris 1904). Traitement des fistules vésico-vaginales.

Die Vorteile des Verfahrens sind: 1) keinen Substanzverlust, 2) große Lappenbildung, 3) große Anpassungsfläche, 4) keine Spannung, 5) minimale Blutung, 6) Einfachheit, 7) Schnelligkeit, 8) Sicherheit der Ureterenverletzungen.

22) H. Buron (Paris 1904). De quelques causes de la mort du nouveau-né venu à terme et ocable dans les premières heures qui suivent la naissance.

Wenn sonst lebensfähige Kinder in den ersten Stunden nach der Geburt sterben, so sind als Ursachen zu nennen: 1) Die Blutungen in Schwangerschaft oder Geburt (Placenta praevia, frühzeitige Placentarlösung, Ruptur des zirkulären Sinus). 2) Gravide Albuminurie. 3) Frühzeitiger Blasensprung. 4) Beckenverengerungen. 5) Fehlerhafte Lagen. 6) Forceps oder Wendung.

23) P. Wapler (Paris 1904). Hématomes du sterno-cléido-mastoidien chez le nouveau-né.

Das Hämatom des Sterno-cleido-mastoideus entsteht durch eine traumatische Verletzung während der Geburt. Die Diagnose ist in den ersten Lebenstagen schwer zu stellen; eigentlich erst dann, wenn mit oder ohne Schiefhals das Hämatom vernarbt. Anatomisch wird die Veränderung hervorgerufen durch eine hämorrhagische diffuse Infiltration, welche die Muskelbündel und Fasern durchsetzt.

Schon vom 4. Tage an können die Muskelfasern sekundär degenerieren, andererseits kann aber schon bei der Geburt selbst neben dem hämorrhagischen Herd eine fibröse Entartung vorkommen, die wahrscheinlich intra-uterin entstanden ist.

24) E. C. Missirtioglon (Paris 1904). Le »veratrum viride« dans le traitement de l'éclampsie.

Das »Veratrum viride« ist bei Eklampsie allen übrigen Mitteln vorzuziehen, kontraindiziert jedoch den Gebrauch derselben (Chloral, Chloroform) nicht. Es wird auf subkutanem Wege eingeführt.

25) R. Sanson (Paris 1904). De la torsion du pédicule dans les tumeurs liquides des annexes. (Kystes de l'ovaire — Hydrosalpinx.)

Die Stieldrehung der Ovarialcysten und Hydrosalpingen kommt häufig vor, und zwar während des Geschlechtslebens der Frau. Der Mechanismus hängt von anatomischen und mechanischen Ursachen ab, von welchen die einen dem Tumor, die anderen den benachbarten Organen zuzuschreiben sind. Es gibt eine akute und eine chronische Form der Drehung. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht alle schmerzhaften, unter dem Nabel befindlichen Tumoren, hauptsächlich Appendicitis, intestinale Okklusion und kanalikuläre Koliken. Wird nicht operiert, so ist die Prognose schlecht. Drainage und Ausspülungen nach der Operation sind überflüssig. **G. Wiener** (München).

Verschiedenes.

3) **A. W. Johnstone.** Retroversio uteri.

(Amer. journ. of obstetr. and diseases of women and children 1905. Juli.)

J. hat in zwei Fällen mit Erfolg von der Scheide aus die Ligg. recto-uterina verkürzt. Der Uterus lag nach 19 Monaten in starker Anteflexion.

Jahreiss (Augsburg).

4) **v. Franqué** (Prag). Über operative und nicht operative Behandlung entzündlicher, insbesondere eitriger Adnexerkrankungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

Verf. bespricht die wichtigsten Indikationen zu operativer und nicht operativer Behandlung entzündlicher Adnextumoren. Im allgemeinen steht er auf dem Standpunkte, bei richtig gestellter Diagnose (cave Tubargravidität, maligne Neubildung usw.!) die konservative Behandlung der entzündlichen Adnextumoren zu bevorzugen. v. F. hat mit einer schonenden Tampon-, Spül- und Bäderbehandlung im allgemeinen recht befriedigende Resultate gesehen. Zur endgültigen Beseitigung der Entzündungsprodukte waren die meisten der gonorrhoischen und puerperalen Fälle sehr dankbare Objekte einer Moorbadekur, deren Beginn v. F. frühestens 6—8 Wochen nach der letzten fieberhaften Attacke angesetzt wissen will; erforderich ist ärztliche Kontrolle, event. monatelange Dauer und Wiederholung im nächsten Jahre. Die Massage bei entzündlichen Adnexerkrankungen erwähnt v. F. nur, um dringend davor zu warnen. Zu einer Operation rät Verf. bei Verdacht auf maligne Neubildung, bei einem Ovarialabszeß, sobald das Ovarium als Sitz des Infektionsherdes erkannt ist, ferner bei tuberkulösen Adnextumoren, sofern sie die einzige oder vorwiegende Lokalisation des tuberkulösen Prozesses im Körper darstellen. Bei nicht oder zu spät operierten Fällen hat v. F. hier recht ungünstige Resultate gesehen. **Zurhelle** (Bonn).

5) **J. van der Hoeven Leonhard** (Utrecht). Über die Beziehung des Beckens der Anthropoiden zu dem des Menschen.

Dissertation, Utrecht, 1906.

Die Lehre der Statik, bekanntlich in Einklang mit der Architektur des Skeletts im allgemeinen, zeigt ihre Konsequenzen, wo die Skeletteile durch Änderung der natürlichen Lebensart resp. Haltungswechsel in geänderte Beziehung zueinander

treten. Die Muskeln und Bänder entsprechen in vollkommener Weise den natürlichen Lebensverhältnissen und erläutern besonders die Beziehung zwischen Haltung, Bau des Skeletts und Statik. Die Luxatio Coxae kann z. B. ohne jeden Krankheitszustand des Knochens gewisse Modifikationen des Beckens herbeiführen, welche allenthalben konstatiert und beschrieben sind. Machen sich die Gesetze der Statik auch in dieser Hinsicht geltend, so kann man fragen, was geschehen wird, wenn ein gewisser Skeletteil, z. B. das Becken, durch irgendwelche Ursache seine statische Beziehung zu den anderen Skeletteilen ändert, was z. B. stattfinden kann durch Haltungsänderung.

Verf. hat zu diesem Zwecke Messungen vorgenommen an den Becken aller Anthropoidenskelette in Holland. Zur besseren Vergleichung mit dem menschlichen Becken hat er die Maße jedes Beckens multipliziert mit dem Quotient der Durchschnittslänge der menschlichen und der Länge der betreffenden Anthropoidenwirbelsäule. Durch diese Umrechnung wird die natürliche Beziehung aller Teile zueinander beibehalten, während man nunmehr eine Reihe Becken zu vergleichen hat, welche Individuen gleich großer Rumpflänge, d. h. mit gleich großer Wirbelsäule entnommen sind. Es ist einleuchtend, daß nur nach dieser Methode die Beckenmaßzahlen einen direkt vergleichbaren Wert darbieten. Umgekehrt geht aus dem Gesagten hervor, daß aus den Zahlen der Maßtabelle die Originalmaße mit Leichtigkeit zu finden sind. Gesetzt, die Vorläufer des Menschen nähern sich den Anthropoiden. Das Becken dieser Vorläufer muß ebenfalls beim Übergang zur aufrechten Haltung eine gewisse Umwandlung eingehen, welche letztere auftritt durch den Einfluß statischer Verhältnisse, weil z. B. Körperlast und Gegendruck der Femores in ganz anderer Richtung wirken wie vorher. Diese Annahme wird in überzeugendster Weise gestützt durch die Ergebnisse der vorgenommenen Messungen, die aufgenommen sind in der begleitenden Maßtabelle, unter deren 55 Maßen es nicht ein einziges gibt, das hiermit in Widerspruch steht. Beweisen die Zahlen, daß das Becken des Menschen in großen Zügen theoretisch abgeleitet werden kann aus dem der Anthropoiden durch die Wirkung statischer Einflüsse bei geänderter Haltung, so gewinnt diese theoretische Behauptung eine äußerst wichtige, praktische Befestigung durch die Verhältnisse, welche das kindliche Becken darbietet in Beziehung zu dem der Erwachsenen. Der Unterschied zwischen den beiden letzteren beruht bekanntermaßen fast ausschließlich auf der Wirkung obengenannter Kräfte, deren Effekt sich kund gibt, sobald die aufrechte Haltung eine bleibende geworden ist. Die angestellten Messungen zeigen in schlagender Weise daß dem kindlichen Becken eine Stelle zukommt genau zwischen dem des Erwachsenen und dem der Anthropoiden. Verf. konstatiert somit, daß das menschliche Becken aus einem solchen entstanden ist, das in naher Beziehung zum heutigen Anthropoidenbecken stehen muß. (Selbstbericht.)

6) **H. A. Thaler** (Wien). Atypische Verhältnisse in der Steißgegend menschlicher Föten und eines Neugeborenen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX.)

Einen wertvollen Beitrag zur Klärung der Pathogenese der sakrococcygealen Geschwülste ergibt das Studium der Steißgegend menschlicher Föten durch Serienschnitte. Unter den acht zur Untersuchung verwendeten Objekten von sieben Föten und einem ausgetragenen Neugeborenen rührten drei derselben von Individuen her, die in den feineren Texturverhältnissen der Sakralregion bemerkenswerte Variationen darboten. Bei zwei Embryonen fand sich ventral von den Wirbelkörpern, überall frei in Bindegewebe eingebettet, ein kugeliger Knorpelkörper, nach Verf.'s Ansicht Rudimente einer ventralen Bogenbildung (Hämalbogen), die im Bereiche der Steißwirbelsäule in fast allen großen Gruppen der Vertebraten vorkommt. Bei dem einen dieser beiden Föten fanden sich ferner retroanale, in den Sphincter internus eindringende, tubuläre Epithelschläuche, die teils mit Platten-, teils mit Zylinderepithel ausgekleidet waren.

Verf. betont den naheliegenden Zusammenhang dieser Gebilde mit mehrfach beobachteten, kongenitalen Analfisteln. Wahrscheinlich bilden sie die atavistischen

Reste eines bei manchen Vertebraten anzutreffenden, hochentwickelten drüsigen Organes. Bei dem sonst völlig normal gebildeten, reifen, neugeborenen Mädchen fand sich vor der Ventralseite des letzten Wirbels im Bereiche der Insertion des Levator ani eine Plattenepithelcyste von 1,2 mm Durchmesser, deren Inhalt nur aus abgestoßenen, älteren Epithelelementen bestand. Es handelte sich also um eine Cyste ektodormaler Herkunft an der Steißbeinspitze, oder, mit anderen Worten, um ein retrorektales Dermoid, das am Ende des fötalen Lebens beobachtet werden konnte. Ätiologisch sind in diesem Fall in erster Linie die überaus komplizierten, im Bereiche der Kloakenmündung vor sich gehenden Einstülpungs- und Verwachsungsprozesse in Betracht zu ziehen. **Calmann** (Hamburg).

7) **E. Bibergeil** (Berlin). Über Lungenkomplikationen nach Bauchoperationen.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVIII. Hft. 2.)

Bei 3909 Bauchoperationen kamen insgesamt 283 Lungenkomplikationen zur Beobachtung. Auf die Operationen oberhalb des Nabels fallen 9,8%, auf die unterhalb des Nabels 6,6%. Auf 469 Operationen, bei denen der Schnitt vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse reichte, entfallen 6,4%. Die häufigste der Lungenkomplikationen, die lobuläre Pneumonie, entsteht meist durch Autoinfektion (Aspiration bei der Narkose). Dazu kommt die Beeinträchtigung der Atmung und Expektoration infolge des Schmerzes in der Bauchwunde und die allgemeine Schwächung des Gesamtorganismus. Die seltenere lobäre Pneumonie entsteht durch Infektion mit dem Pneumokokkus, der mit dem Mundschleim aspiriert wird, oder saprophytisch bereits in der Lunge anzutreffen ist. Die gelähmte Widerstandsfähigkeit des Körpers gibt den Keimen die Möglichkeit pathogener Entfaltung. Bereits bestehende Erkrankungen erleiden leicht eine Verschlimmerung. Eine geringere Bedeutung als bisher angenommen wurde, haben die Abkühlung und die Inhalationsnarkose, bei der am meisten noch der Äther als ursächliches Moment in Betracht kommt. Wichtiger ist das Erlöschen der Reflexe, das das Einfließen von Schleim in die Respirationsorgane begünstigt. Da der rechte Bronchialbaum weiter ist als der linke, wird auch der rechte untere Lungenlappen von der Infektion bevorzugt. Die Entstehung der Pneumonie im Zusammenhange mit einer Infektion der Bauchhöhle also auf dem Lymphwege hält Verf. für zweifelhaft.

Im Sinne einer Prophylaxe sind Erkrankungen der Respirationsorgane möglichst vor der Operation zur Heilung zu bringen. Gründliche Reinhaltung des Mundes und des Rachens, Magenspülungen bei Operationen am Magen-Darmkanal, Vermeidung von Abkühlung dienen demselben Zweck. Nach der Operation sind häufiger Lagewechsel, Anregung zu tiefem Atmen und möglichst frühes Aufsetzen bzw. Aufstehen am Platze. **Calmann** (Hamburg).

Der V. internationale Gynäkologenkongreß

ist auf Wunsch vieler Mitglieder und auf den Beschluß des Organisationskomitees hin um ein Jahr aufgeschoben. Er wird vom

11. bis 18. September 1907

zusammentreten.

Vorsitzender des Organisationskomitees: Prof. ***Dm. v. Ott.***
Generalsekretär: Prof. ***P. v. Sadowski.***

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 35. Sonnabend, den 1. September. 1906.

Inhalt.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig. Direktor Geh.-Rat Zweifel.)

Über Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd unter Einwirkung von Argentum colloidale oder von Permanganat[1].

Von
H. Füth.

Gelegentlich eines Vortrages über Katatypie in der Leipziger biologischen Gesellschaft wurde demonstriert, wie Argentum colloidale beschleunigend auf die Zersetzung von Wasserstoffsuperoxydlösung einwirkt, und das brachte mich auf den Gedanken, diese Tatsache für die neuerdings ganz umfangreich gewordene Anwendung dieses Des-

[1] Nach einem Vortrag in der 545. Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig, vom 26. März 1906.

infiziens und Desodorans nutzbar zu machen. Das Argentum colloidale wirkt dabei als Katalysator, d. h. es beschleunigt die Zersetzung des H_2O_2 unter Bildung von aktivem Sauerstoff, ohne selbst dabei Veränderungen einzugehen[2]. Es machte dann Dr. Thies in der Wochenstation auf meine Veranlassung Spülungen mit den beiden Lösungen von Argentum colloidale und H_2O_2 und fand, daß schon ganz schwache Konzentrationen genügen, um namentlich bei putreszierenden Entzündungen des Endometriums ein sofortiges Verschwinden des Geruches zu erreichen. Natürlich muß man für diese Spülungen zwei, womöglich ganz gleiche Kannen haben, und als doppelläufiges Rohr, dessen beide Teile bis zur Ausflußöffnung vollständig voneinander getrennt sind, hatte ich den bekannten Doléris'schen Uteruskatheter in der Weise verändern lassen, daß beide Laufröhren vollständig geschieden waren. Auf diese Weise liefen die beiden Lösungen von Argentum colloidale und H_2O_2 getrennt ein und kamen erst an den Ausflußöffnungen miteinander in Berührung.

Es lag mir aber daran, einen alltäglicheren oder leichter erreichbaren und billigeren Katalysator zu finden, und ich erfuhr von den Chemikern, daß alle Superoxyde, insbesondere Braunstein (MnO_2), sehr zweckdienlich seien. So kam ich weiterhin mit Unterstützung des Privatdozent Dr. Lockemann, Assistenten am E. Beckmann'schen Laboratorium für angewandte Chemie — ich verfehle nicht, ihm an dieser Stelle verbindlichst zu danken — auf die Verwendung von Permanganat, womit ich allerdings den Boden der Katalyse verließ, da $KMnO_4$ und H_2O_2 sich chemisch beeinflussen und dabei beide Sauerstoff abgeben. Beim Zusammenbringen von $KMnO_4$ mit H_2O_2 bildet sich KOH unter Abscheidung von $MnO(OH)_2$, und wenn man eine Säure zusetzt, so gibt $MnO(OH)_2$ noch weiteren Sauerstoff ab, und es bildet sich das farblose Mangan- (und Kali-)salz der zugesetzten Säure. Ich wählte als Zusatz die verdünnte Essigsäure der Pharmakopöe (30%ig), welche zu Eiweißuntersuchungen verwendet wird, und die deshalb wohl überall leicht zur Hand ist. Eine Gefahr, daß die Essigsäure etwa ätzend wirken kann, besteht nicht, da bei Anwendung von $KMnO_4$ sofort die Umsetzung beginnt, wenn H_2O_2 dazu tritt. Auch ist das gewöhnliche H_2O_2 (3%ig) so sauer, daß nicht viel Essigsäure nötig ist. Es findet dann folgende Umsetzung statt:

$$5H_2O_2 + 2MnO_4K + 6CH_3CO_2H = 8H_2O + 2CH_3COOK + 2(CH_3CO_2)_2Mn + 5O_2.$$

Als Basis diente die 3%ige H_2O_2-Lösung, wie sie gewöhnlich geliefert wird, und ich ging von einer 0,1%igen Lösung aus, weil von

[2] Für den Mediziner leicht erreichbar, ist der Begriff der Katalyse auseinandergesetzt von Schade, Münchener med. Wochenschrift 1905. p. 1088 und p. 1715 sowie 1906 p. 480. Schade schreibt von der Katalyse: »Es ist dies ein Begriff, von dem wir Mediziner zur Zeit unserer chemischen Studien wohl zumeist nicht einmal den Namen gehört haben. Und doch hat derselbe in den letzten Jahren für die gesamte Chemie eine solche Bedeutung erlangt, daß es an der Zeit ist, die auf diesem Gebiete gemachten Fortschritte auf die Wissenschaft nutzbringend zu übertragen.«

ihr aus sich stärkere Konzentrationen je nach der Lage des Falles leicht berechnen lassen. 0,1% H_2O_2 ist = 1 g H_2O_2 im Liter und enthalten in 33,3 ccm der 3%igen H_2O_2-Lösung oder in 3,3 ccm des 30 gewichtsprozentigen (= 100 volumprozentigen) Wasserstoffsuperoxyds, des Perhydrols-Merck. Man muß sich also zwei Lösungen machen:

Lösung I: 35 ccm (abgerundet) des 3%igen H_2O_2 oder 5 ccm des Perhydrol auf 1 Liter Wasser;

Lösung II: 2 g (abgerundet) Kal. hypermang. und 10 ccm verdünnter Essigsäure auf 1 Liter Wasser bei Verwendung des Perhydrol; 5 ccm verdünnte Essigsäure bei Benutzung des 3%igen H_2O_2.

Wer sich über die Wirkung des H_2O_2, über seinen desinfektorischen Wert belehren will, findet die Literatur in dem von Merck ausgearbeiteten Flugblatte (Perhydrol überschrieben) vollständig zusammengestellt, welches den gelesensten Wochenschriften vielfach beiliegt. Ich verweise hier vor allem auf die Dissertation von Decius: »Desinfektionsversuche mit chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd (Merck's hochprozentigem H_2O_2)«, Halle 1902 und auf Walther's (Gießen) Arbeit: »Wasserstoffsuperoxyd-Merck (Perhydrol) in der gynäkologischen Praxis«. Medizinische Klinik 1904 Nr. 3 p. 61. Walther empfiehlt das Perhydrol auf Grund seiner Erfahrungen angelegentlichst, und ich kann ihm nur beipflichten, vor allem was die Anwendung desselben bei jauchigen, inoperablen Karzinomen zur Beseitigung des Geruches sowie bei operablen Karzinomen zur Vorbereitung auf den Eingriff betrifft. Die Wirkungsweise beruht auf der Zersetzung des H_2O_2, die unter Bildung von Sauerstoff in statu nascendi vor sich geht. Diese Zersetzung tritt schon ein, wenn H_2O_2 mit animalischem Gewebe in Berührung kommt[3], vollzieht sich aber fraglos noch viel ausgiebiger, sowie fast momentan und deshalb auch schneller aufwirbelnd, wenn ein Katalyt hinzukommt bzw. wenn eine chemische Reaktion mit Permanganat stattfindet. In der obigen Zusammenstellung bilden $5H_2O_2$ mit $2KMnO_4$ zusammen $5O_2$; 1 g H_2O_2 gibt also 0,94 g O = ungefähr 700 ccm O_2[4]. Es empfiehlt sich also, meines Erachtens, in Fällen, in denen es auf eine energische Wirkung besonders ankommt, sich des Zusatzes von $KMnO_4$ zu bedienen und sich die Mühe nicht verdrießen zu lassen, zwei Lösungen herzustellen und einen doppelläufigen Katheter (ein doppelläufiger Katheter, wie man ihn zum Durchspülen der Blase benutzt, ist auch geeignet) zu verwenden. Dabei muß man die Spülkannen, vorausgesetzt, daß sie

[3] Man kann dies sehr schön illustrieren, wenn man ein Stück Placentargewebe in eine Lösung von H_2O_2 hineinwirft. Es sinkt zunächst zu Boden, allmählich kommt es aber zur Bildung von Sauerstoffbläschen, die sich ringsum um das Gewebsstück festsetzen und es dann schließlich in die Höhe heben und an der Oberfläche der Flüssigkeit zum Schwimmen bringen.

[4] Bei gewöhnlicher Temperatur (20°), bei Körpertemperatur wird also das Volumen noch etwas größer sein.

gleiche Ausflußöffnungen haben, ziemlich in derselben Höhe halten, da sonst die Ausflußgeschwindigkeiten sich ändern, was man daran erkennt, daß die abfließende Flüssigkeit gefärbt ist, während sie bei gegenseitiger Einwirkung gleicher Mengen keine Farbe hat.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenanstalten.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

545. Sitzung vom 26. März 1906.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

1) Herr Füth: Über Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd unter Einwirkung von Argentum colloidale oder von Permanganat.

(Erscheint als ausführliche Originalmitteilung in dieser Nummer.)

Herr Thies bespricht die klinischen Erfahrungen, die mit den Doppelspülungen gemacht sind. Es wurde zu Scheiden- und Uterusspülungen in den ersten Tagen des Wochenbettes, oder auch bei der Geburt angewandt, zunächst in den von Füth angegebenen Konzentrationen. Ein Rückgang der Fiebererscheinungen war häufig zu beobachten, wie auch bei anderen Spülungen. Beweisender sind vielleicht die Fälle von infektiösem Spasmus des Uterus, in denen es sich wirksam zeigte. Bei fötiden Lochien verschwand der Foetor vielfach sehr schnell.

Doch zeigte es sich bald, daß die Lösungen zu konzentriert waren, die Schleimhaut der Scheide wurde stark verändert, da die Spülungen ätzend wirkten. Nur in zur Hälfte und mehr verdünnten Lösungen erweist die Doppelspülung sich brauchbar. Ferner ist es entschieden vorteilhaft, einen Zusatz von Essigsäure anzuwenden. Diese schwachen Lösungen mit Zusatz von einigen Tropfen Essigsäure zeigten sich noch außerordentlich wirksam.

---

546. Sitzung vom 23. April 1906.

Herr Thies demonstriert eine Zwillingsplacenta, die injiziert ist. Die Placenta stammt von einer 26jährigen Ipara, die in der Gravidität keine Blutungen gehabt hat. Während nach der Anamnese ein vollkommen ausgetragenes Kind zu erwarten war, zeigt der Befund ein kleines Kind, das 48 cm lang und 2500 g schwer ist. Die Placenta wiegt 540 g, ist 17×18 groß und 2 cm dick. Den zweiten Fötus sieht man als Foetus compressus noch mit der Placenta in Zusammenhang. Es besteht ein Chorion.

Während also das eine Kind ziemlich ausgetragen ist, ist der andere Fötus augenscheinlich im 4.—5. Monate gestorben. Die ganze Placenta ist von den Gefäßen des nicht gestorbenen Kindes versorgt. Etwa neben der Mitte muß ursprünglich der Transfusionsäquator gelegen gewesen sein. Es ist zu sehen, wie an dieser Stelle der Gefäße, die bis dahin einen geraden Verlauf haben, umbiegen und die Versorgung des anderen Teiles der Placenta übernommen haben. Es bestehen mehrere oberflächliche Anastomosen.

Das Alter des Zwillings entspricht nach seiner Größe (etwa 14 cm) dem 4. Monat. Aus dem Röntgenbild läßt sich noch genauer das Alter erkennen. Die Knochenkerne der Wirbel sind sichtbar, die Rippenenden frei, das Sternum fehlt. Es sind die Diaphysen der Gliedmaßen sämtlich ossifiziert. Dazu fehlt der Carpus und Metacarpus und auch Tarsus und Metatarsus. Die Knochenkerne der Wirbelsäule sind bis zum vierten Kreuzbeinwirbel zu sehen, dessen Kern eben als helles Pünktchen erscheint. Da dieser aber im 5. Monat auftritt, so kann der Fötus erst um die 18. Woche gestorben sein, trotzdem seine Länge verhältnismäßig klein ist.

Über die Entstehungsursache bestehen geteilte Ansichten. Strassmann gibt an, daß die Ernährungsbedingungen für Zwillinge eben erschwert sind, und daß zumal

bei einfachem Chorion die Asymmetrien des dritten Kreislaufes häufig zum Absterben der Frucht führen. Die Entwicklung leidet, ein langsames Hinsterben tritt ein. Kein plötzlicher Tod wie bei Nabelschnurknoten oder Lues. Die Ansicht von Zacharias, der in seinem kürzlich demonstrierten Falle Lues als Ätiologie annahm und ferner der Ansicht war, daß die Nidation an einer Stelle stattfand, an der die Decidua durch spezifische Erkrankung verändert war, ist durch Tatsachen nicht hinreichend gestützt.

Superfötation ist meiner Ansicht nach auch seltener anzunehmen, da doch die meisten Foetus papyr. Gemini monochorii sind. Auch in diesem Fall ist dieser Grund ausgeschlossen. Es würde als ätiologisches Moment der Verödungsprozeß des primären Gefäßnetzes, ferner Störungen im späteren fertigen Placentarkreislauf, wie Torsion oder Striktur der Nabelschnur, Insertio velamentosa, oder ungleiche Länge der Nabelschnur in Frage kommen, so daß der Foetus papyr. auf ähnliche Weise entsteht wie die herzlosen Mißbildungen und ihre Verwandten. Es können in der Placenta früh dynamische Asymmetrien entstehen, die den einen Zwilling zu schlechterer Ernährung, so zum langsameren Wachstum und event. zum Absterben zwingen. Man kann auch mit Küstner annahmen, daß der kräftigere Fötus das größere Gebiet der Placenta versorgt und dann infolge besserer Ernährung den übrigen Teil der Placenta usurpiert. Jedenfalls wird die von Schatz für die Entstehung der Akardie gegebene Erklärung auch der häufigste Grund zur Entstehung des Foetus papyracei sein.

Den Beweis in diesem Sinne liefert diese injizierte Placenta. Es besteht beiderseits ein Insertio marginalis der Nabelschnur. Oberflächliche arterielle wie venöse Anastomosen sind vorhanden. An dem Transfusionsäquator machen die Gefäße des lebenden Kindes viele Windungen und Krümmungen und gehen auf den ursprünglich von dem anderen Fötus versorgten Teil über. Es ist in diesem Fall der Grund für das frühzeitige Absterben des einen Zwillings in dynamischen Differenzen und Asymmetrien zu suchen.

Blutungen waren in diesem Fall in der Gravidität überhaupt nicht vorhanden, wie ja dem Foetus compressus nur dann praktische Bedeutung zukommt, wenn Gemini dichorii vorhanden sind und einer im Uterus zurückbleibt.

---

2) Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris.

Paris, **G. Steinheil,** 1905.

Sitzung vom 13. Februar 1905.

1) Lejars: Bemerkungen zur Frage der perforierenden Salpingitiden.

L. beschäftigt sich in seinen Ausführungen mit der Frage, warum es so relativ selten zu einer Perforation der eitergefüllten Tube in die freie Bauchhöhle komme. Er gelangt zu dem Schluß, daß eine einfache Überdehnung nicht genüge, um ein derartiges Ereignis herbeizuführen, sondern daß stets eine Alteration der Wand, als Folge einer septischen Entzündung, vorhanden sein müsse. Es ist dabei ein Unterschied zu machen zwischen einem allmählich entstehenden Durchbruch einer alten Pyosalpinx und einer akuten Perforation eines frischen Abszesses. Von der ersteren Art hat der Verf. drei Fälle behandelt. In allen diesen Fällen kam es zu einer ausgedehnten Eiterung in der Bauchhöhle, die zweimal durch einen ausgedehnten operativen Eingriff erfolgreich bekämpft wurde. Ebenso verliefen zwei operierte Fälle von akutem Durchbruch günstig. In keinem dieser Fälle war ein Trauma vorhergegangen. Vielmehr hatte der bei den verschiedenen Operationen erhobene Befund vielfach eine gewisse Ähnlichkeit mit der Perforation eines gangränösen Wurmfortsatzes geboten.

2) Diskussion über die augenblickliche Indikationsstellung bei der vaginalen Totalexstirpation.

Hartmann protestiert gegen den Ausspruch, daß die Laparotomie fast so ungefährlich sei wie die vaginalen Operationen. Der Bauchschnitt gebe im Gegen-

teil eine bessere Prognose als die vaginale Totalexstirpation. Deshalb ist H. auch Anhänger der Laparotomie bei jeder Art von Adnexentzündung. Er stützt sich dabei allerdings auf die glänzende Statistik von nur drei Todesfällen bei 201 Laparotomien, die wegen entzündlicher Erkrankung der Adnexe ausgeführt worden waren.

Von 77 wegen Myom per laparotomiam operierten Pat. verlor H. einen.

Auch für das Uteruskarzinom zieht H. die Laparotomie vor, wenn er auch das Suchen nach erkrankten Drüsen durchaus verwirft.

H. resümiert sich auf Grund seiner Erfahrungen dahin, daß für »die vaginale Totalexstirpation sozusagen keine Indikation mehr existiere, und daß die Laparotomie ihr in jeder Beziehung überlegen sei«.

3) Mauclaire: Über die Behandlung puerperaler Peritonitiden mittels Laparotomie oder Colpotomia posterior.

(Bericht über fünf von Sourdille gemachte Beobachtungen.)

Nach kurzer Wiedergabe von vier einschlägigen Beobachtungen gibt der Verf. zunächst einen historischen Überblick und bespricht dann Indikation, Technik usw. der Eingriffe.

Die Indikation ist nach Ansicht des Verf.s gegeben, wenn nach Anwendung der üblichen Mittel (Uterusspülung usw.) die peritonitischen Erscheinungen zunehmen und im Douglas eine Vorwölbung nachzuweisen ist.

Was das einzuschlagende Operationsverfahren angeht, so genügt bei einer lokalisierten Pelveoperitonitis eine hintere Kolpotomie. Bei generalisierter Bauchfellentzündung drainiert man am besten nach Auswaschung des Abdomens von zwei seitlichen Schnitten oberhalb der Darmbeine.

Die durch die Operation erzielten Heilungsresultate sind ziffernmäßig noch nicht wiederzugeben, da die unglücklich verlaufenen Fälle meist nicht veröffentlicht werden.

Ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten.

4) Grosse: Spontanruptur während der Geburt. Totalexstirpation 48 Stunden post partum. Exitus.

Es handelte sich in dem eigenartigen Fall um eine spontane Uterusruptur bei einer IIpara mit scheinbar normalem Becken und Uterus. Der Fötus war nach 4—5stündigem Kreißen spontan geboren worden. Die Ruptur war infolgedessen vollkommen unerwartet gekommen. Erst die histologische Untersuchung ließ das Vorhandensein einer Narbe an der Stelle der Ruptur erkennen.

Der klinische Verlauf des Falles war auch noch insofern interessant, als das Fehlen jeglicher Symptome erst nach Ablauf von 2 Tagen die richtige Diagnose stellen ließ.

Pinard weist in der Diskussion auf die Bedeutung des interessanten Falles in gerichtsärztlicher Beziehung hin.

5) Diskussion über narbige Cervixstenose infolge von Kauterisierung nach Filhos.

Doléris: Polemik gegen Richelot.

Lepage berichtet über einen Fall, in dem nach vorangegangener Kauterisierung die Geburt glatt und ungestört verlaufen war.

Richelot weist darauf hin, daß er bereits seit 11 Jahren das von Doléris angegriffene Verfahren anwende; daß er nie eine Stenose der Cervix, wohl aber acht Schwangerschaften nach der Behandlung erlebt habe.

6) Doléris: Abortstatistik.

D. weist auf Grund einer Statistik nach, daß sich im Verlaufe von ca. 6 Jahren in einem Pariser Hospital bei etwa gleichbleibender Geburtenziffer die Zahl der behandelten Aborte mehr wie verdreifacht hat. D. ist der Überzeugung, daß es sich in mehr als der Hälfte dieser Fälle um kriminelle Aborte handelte. Er konnte des weiteren feststellen, daß zur Ausführung des Aborts zumeist intra-uterine Kanülen (»englische Kanülen«) benutzt wurden. Das Instrument kostet mit Anleitung nicht weniger wie 25 Francs.

D. glaubt als besonders bemerkenswert hervorheben zu müssen die Ungeniertheit und Gewissenlosigkeit, mit der heutzutage derartige Eingriffe ausgeführt würden.

Des weiteren gibt der Verf. eine übersichtliche Statistik aus sämtlichen Pariser geburtshilflichen Anstalten. Auch aus dieser Statistik ergibt sich die Tatsache, daß die Zahl der Aborte sich fast an allen Anstalten verdoppelt oder sogar verdreifacht hat.

Auch die Zahl der Frühgeburten hat nach den Berechnungen des Verf.s in unheimlicher Weise zugenommen. Es handelt sich auch hierbei vielfach um eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Dem Publikum ist es nach Ansicht des Verf.s wohlbekannt, daß eine künstlich eingeleitete Frühgeburt weniger Gefahren mit sich bringt als ein artefizieller Abort. Auch errege die künstliche Frühgeburt weniger Verdacht als der Abort. Die Morbiditäts- und Mortalitätsziffer der kriminellen Aborte ist eine erschreckend hohe.

So beobachtete Maygrier in einem Zeitraume von 7 Jahren 745 Aborte. 698 von diesen verliefen spontan und gaben eine Mortalitätsziffer von 0,57%, während unter 44 sicher kriminellen Aborten 25 Todesfälle vorkamen. In $^2/_3$ aller Fälle kam es zu einer stärkeren Blutung mit oder ohne Infektion.

Was die Beteiligung der Primiparen in der Abortstatistik anlangt, so beträgt sie meist ca. 25—30%; in einzelnen Abteilungen geht jedoch der Prozentsatz bis auf fast 50% hinauf.

Schwierig ist die Frage nach der Ursache der Vermehrung der Abortziffern zu beantworten. Von großer Bedeutung ist zweifellos die Zunahme der Sicherheit für das Leben bei der Ausführung des kriminellen Abortes dank der Antisepsis und anderen modernen Errungenschaften. Hierzu kommt das Anwachsen der diesen Gegenstand behandelnden Literatur in Form von Annoncen, Broschüren und Büchern, nach deren Lektüre manche Frauen sich die Technik des Verfahrens unschwer aneignen. Auch die Bestrebungen der Neo-Malthusianer, die scheinbar den künstlichen Abort bekämpfen, indem sie die Anwendung antikonzeptioneller Mittel empfehlen, tragen dazu bei, etwa vorhandene moralische Bedenken zu zerstreuen; das gewöhnliche Volk versteht nur schwer einen Unterschied zu machen zwischen der Verhinderung der Konzeption und der Unterdrückung der eben begonnenen Schwangerschaft im Hinblick auf die Moral. (Der Verf. gibt nunmehr eine ausführliche Schilderung des Vorgehens der Neo-Malthusianer, des Verlaufes und Programmes der von ihnen abgehaltenen Sitzungen, an denen sich viele hundert Personen beteiligen, und in denen an der Hand von Lichtbildern die einschlägigen topographischen Verhältnisse erörtert und die Anwendung verschiedener »Apparate« demonstriert werden.)

Was die Rolle des Arztes angeht, die er häufig bei der Ausführung der kriminellen Aborte zu spielen gezwungen ist, so unterliegt es keinem Zweifel, daß er wohl recht oft als unfreiwilliger Komplize fungieren muß. »Das Publikum weiß dieses ganz genau. Jede Frau, bei der irgendwo ein heimlicher Eingriff ausgeführt worden ist, braucht nur zum nächsten Krankenhause zu gehen, um dort in sachgemäßester, sicherster und sorgfältigster Weise behandelt zu werden.« Die Beruhigung, die diese Tatsache gewährt, erleichtert außerordentlich den ersten Schritt. »Wenn das Vorspiel draußen stattgefunden hat, so sind wir es, die den Schlußakt des Dramas auszuführen gezwungen sind.«

Die Frage des kriminellen Abortes erscheint dem Verf. außerordentlich wichtig für die Frage der Bevölkerungsabnahme in Frankreich zu sein. Sie scheint ihm eine viel größere Bedeutung zu besitzen, als die von den Soziologen in den Vordergrund geschobene Beschränkung der Kindererzeugung.

Sitzung vom 13. März 1905.

1) Rudaux und Chartier: Darmverschluß während der Schwangerschaft, verursacht durch einen vom Wurmfortsatz gebildeten Ring.

Ursache: alte appendicitische Verwachsungen.

Die Fälle sind selten. In der Literatur finden sich nur 62 derartige Beobachtungen.

Pinard: Bei Zeichen von innerer Darmeinklemmung soll sofort laparotomiert werden. Auf diese Weise ist mancher sonst verlorene Fall noch zu retten.

Porak steht auf Grund seiner Erfahrungen auf dem gleichen Standpunkte wie Pinard.

Diskussion über die Abortstatistik (Doléris).

Pinard ist auch der Ansicht des Vortr., daß als Hauptgrund für die Vermehrung der Abortfälle der Umstand verantwortlich zu machen sei, daß dem Publikum die durch die Asepsis und Antisepsis bedingte relative Ungefährlichkeit des artefiziellen Abortes bekannt sei. Der Arzt sei nicht in der Lage gegen die Frauen, die als Pat. zu betrachten seien, irgend etwas zu unternehmen.

Doléris kann diesen negativen Standpunkt nicht teilen. Er hält es für die Pflicht des Arztes, sich auf einen höheren moralischen Standpunkt zu stellen. Er will, daß man den Frauen zurufe: Ne faites pas d'enfants, si vous ne pouvez pas les nourrir, ou, sie vous êtes enceinte, restez enceinte, l'Etat se chargera de votre enfant.

Siredey glaubt, daß durch strenge Überwachung der Hebammen manches zu erreichen sei.

Lucas-Championière kennt kein Heilmittel gegen die unleugbar vorhandene Gefahr.

Pinard weiß aus mehrfacher Erfahrung von der Existenz einer Versicherungsgesellschaft für junge Eheleute(!), die sich verpflichtet, dafür zu sorgen, daß die Ehen 2, 3 oder mehrere Jahre kinderlos bleiben. Ein angestellter Arzt besucht zu diesem Zweck alle Monate die verschiedenen Klienten (!!).

Zum Schluß weist P. darauf hin, daß die von den Neo-Malthusianern verbreiteten Broschüren aus dem Auslande kämen.

An der Spitze dieser Gesellschaften stünden Männer des politischen Lebens, »von denen einer in einem Nachbarstaate eine hervorragende Rolle spiele«. (!!)

Sitzung vom 10. April 1905.

Fortsetzung und Schluß der Diskussion über die derzeitige Indikationsstellung für die vaginale Totalexstirpation.

Faure konstatiert zunächst mit Befriedigung, daß Männer wie Richelot, Leguen und Segond die Berechtigung der Operation anerkennen. Vor allem erscheint F. die Totalexstirpation der Laparotomie für die Fälle von Beckeneiterungen mit multiplen Herden, bei denen eine einfache Kolpotomie unzulänglich ist, überlegen. In zweiter Linie hält er die Totalexstirpation für indiziert bei schwerer puerperaler Infektion. Mit dieser Indikation hat F. bei einer großen Reihe von Fällen die Operation mit bestem Erfolg ausgeführt. Für die chronischen Salpingitiden und für die Myome zieht auch F. die Laparotomie vor, ebenso für die Karzinome des Uterus, abgesehen von den ganz beginnenden Portiokarzinomen und den weit vorgeschrittenen Fällen, bei denen eine Radikaloperation nicht mehr möglich ist.

Oui (Lille): Zwei Fälle von atypischer Embryotomie.

Eviszeration, Spondylotomie, vollkommene Durchtrennung des Rumpfes und Extraktion der beiden Teile des Fötus.

Pinard: Phlegmasia alba dolens an allen vier Extremitäten. Eitrige Entzündung des rechten Kniegelenkes. Entzündung des linken Schultergelenkes und der beiden Oberkiefergelenke. Lungenembolie und -gangrän usw. Heilung.

Der Fall ist außerordentlich bemerkenswert; 40 Tage Fieber; Einsetzen der Septikopyämie am 31. Krankheitstage, über 30 Tage anhaltend; multiple Lokalisation der Infektion; vollkommene Heilung bis auf eine geringe Versteifung in dem befallenen Kniegelenk. Auffallend und wichtig für die Prognose war der Umstand, daß der Puls stets kräftig war und nicht über 96 ging. Der Uterus war stets vollkommen unbeteiligt.

P. hat 5 ähnliche Fälle beobachtet, die alle günstig verliefen, und bei denen er auf Grund des Pulsbefundes stets die Prognose günstig stellen konnte. In allen diesen Fällen war die multipel auftretende Phlegmasie im Anschluß an einen, längere Zeit nach der Geburt ausgeführten, intra-uterinen Eingriff entstanden. Diese Tatsache scheint P. bemerkenswert und von Bedeutung zu sein.

Doléris hält ebenso die spät ausgeführten Curettagen u. ä. für verwerflich und schädlich, falls es sich nicht um zurückgebliebene Massen in der Uterushöhle handelt.

Champetier de Ribes steht auf einem ähnlichen Standpunkt. Er curettiert am liebsten am 4. oder 5., niemals aber nach dem 7. Tage.

Lepage hat ebenfalls schlechte Erfahrungen mit späten intra-uterinen Eingriffen gemacht.

Pinard gibt seiner Befriedigung Ausdruck über die allgemeine Akzeptierung seines Standpunktes und teilt mit, daß seit Einschränkung der Curettage in seiner Abteilung die Mortalitätsziffer sich gebessert habe. Dieser Behauptung wird allerdings von

Wallich widersprochen.

Pozzi glaubt, daß man die Gefährlichkeit der Curette im Spätwochenbett übertreibe. Er läßt stets, wenn eine Wöchnerin Fieber hat, den Uterus mittels Fingers oder Curette revidieren. Er vertritt den Standpunkt: Lieber einmal eine unnötige Curettage zuviel, als eine notwendige zuwenig.

Wallich: Über »Phlebitis uterina«.

W. stellt die Frage: Existiert zurzeit ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild, dem man den Namen Phlebitis uterina beilegen könnte?

Doléris: Anatomisch-pathologisch gibt es keine isolierte Phlebitis uterina. Bei der gewöhnlichen puerperalen Streptokokkeninfektion beschränkt sich die Erkrankung in der Regel nicht auf die Gefäße allein, sondern verbreitet sich sehr schnell auf die Umgebung. Im Beginne der Erkrankung findet sich jedoch zuweilen ein Stadium, in dem die Erkrankung auf die Venen beschränkt, und das auch klinisch erkennbar ist.

Siredy hält die Diagnose Phlebitis uterina dann für berechtigt, wenn eine Lungenembolie entsteht, ohne daß eine Phlebitis einer Extremität vorhanden ist.

Pinard: Früher unterschied man eine Phlebitis und eine Lymphangitis uterina; heute weiß man, daß eine solche Unterscheidung unmöglich ist. Auch Segond hat niemals eine Phlebitis uterina diagnostizieren können.

Engelmann jun. (Dortmund).

Neueste Literatur.

3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVII. Hft. 3.

1) R. Oeri (Basel). Über Epithelmetaplasie am Uterus, besonders an Polypen.

Nach Vorausschickung einiger allgemeiner Bemerkungen über die Metaplasiefrage behandelt O. speziell die am weiblichen Genitalsystem vorkommenden Metaplasien, indem er zunächst einen im Baseler pathologisch-anatomischen Institut beobachteten, sehr instruktiven Fall von Plattenepithelmetaplasie in einem Adenokarzinom kurz erörtert. In eingehender Weise beschreibt er sodann einen durch reiche Epithelmetaplasie ausgezeichneten Uteruspolypen, der, lang gestielt, bei einer 40jährigen Pat. aus dem eröffneten äußeren Muttermunde herausgetreten war und an seiner Insertionsstelle in der Gegend des inneren Muttermundes abgetragen wurde. Makroskopisch bestand der Polyp im ganzen aus einem längeren und einem kürzeren Teile, die beide durch zahlreiche Schnitte, zum Teil in Serien, genau mikroskopisch untersucht wurden. Beide Polypen stellen fibröse Cervixpolypen von einfachem Bau dar; an ihrer Basis tragen sie ein kurzzylindrisches Oberflächenepithel mit dementsprechenden Drüsen, soweit diese überhaupt normal

sind. Der größte Teil der Oberflächenbekleidung beider Polypen besteht aus epidermatischem geschichteten Epithel, das in flächenhafter Ausbreitung das normale Zylinderepithel verdrängt, mit der gleichzeitigen Tendenz zur Umwachsung und Ausfüllung der Drüsen, wobei es sich am Oberflächen- und am Drüsenepithel um zwei gleichartige, die Epidermisierung bewirkende Prozesse handelt. Der Epidermisierungsprozeß ist von einer metaplastischen Umwandlung des durch chronische Reize getroffenen Zylinderepithels der Oberfläche abzuleiten; das neugebildete Epithel verdrängt die übrigbleibenden Zylinderepithelien und wuchert in die Drüsen erst dann ein, wenn es in der Entwicklung weiter fortgeschritten ist.

Ihrem Charakter nach können die beschriebenen Veränderungen nicht als bösartig bezeichnet werden, indem die für Malignität sicher beweisenden Kennzeichen nicht vorhanden sind. Es ist jedoch in dieser Beziehung die größte Vorsicht am Platze, so daß im allgemeinen der metaplastischen Veränderung die Bezeichnung »verdächtig« beigefügt werden muß.

2) E. Schroeder (Königsberg i. Pr.). Eine ossifizierte Cyste des Ovariums.

Bei einer 31jährigen Pat. wurde ein walnußgroßer Karzinomknoten an der hinteren Muttermundslippe des in Retroversion fixierten Uterus und ein linksseitiger, dicht am Uterus liegender, gänseeigroßer, harter, fast unbeweglicher Tumor festgestellt.

Durch vaginale Totalexstirpation wurde der Uterus, mit ihm im Zusammenhang ein hühnereigroßer rechtsseitiger Adnextumor und die linksseitige diagnostizierte Geschwulst entfernt. Das vergrößerte abdominale Ende der linken Tube, sowie ein erbsengroßes, knochenhartes Stückchen der linksseitigen Geschwulst blieben in der Bauchhöhle zurück. Der Heilungsverlauf war ein ungestörter.

Bei der Palpation war die linksseitige Geschwulst knochenhart, sie konnte nicht aufgeschnitten, sondern mußte aufgesägt werden, die Höhle war völlig leer. Die Dicke der Knochenschale schwankte auf dem Sägeschnitte zwischen $^1/_2$ und reichlich 1 cm. Die Höhle war von einer papierdünnen, glänzenden Haut ausgekleidet, auf der Tumorinnenfläche lagen zahlreiche Cholestearinkristalle.

Die mikroskopische Untersuchung von Teilen der Tumorwand zeigte, daß es sich nicht um Verkalkung, sondern um wirkliche Knochenneubildung handelte, und daß die Cysteninnenfläche von Granulationsgewebe ausgekleidet war.

Die den Tumor außen bedeckende Gewebsschicht bestand aus Ovarialgewebe und enthielt Follikel in allen Entwicklungsstadien, außerdem an einer Stelle ein kleines Corpus luteum.

S. ist geneigt, die vorliegende, ein Unikum darstellende Geschwulst von einer Follikel- oder Corpus luteum-Cyste abzuleiten, die unter dem Einfluß von Entzündungen und Blutungen verknöchert ist.

3) P. Rissmann (Osnabrück). Zur Pubiotomie.

R. hat im Jahre 1905 drei Pubiotomien ausgeführt. Nach den beiden ersten Operationen war er mit Berücksichtigung der in der Literatur veröffentlichten Operationsresultate und der anatomischen Untersuchungen anderer Autoren zu der Überzeugung gekommen, daß bei der Pubiotomie ein Finger so tief wie möglich zwischen Os pubis und Blase eingeführt werden müsse, und zwar am besten von außen, um so Sonde und Säge (auch während des Sägens) zu decken und Verletzungen der Blase mit Sicherheit zu vermeiden. Außerdem müsse der prävesikale Raum durch ein starres Rohr drainiert werden, um die Entstehung von prävesikalen Hämatomen und etwaigen Thrombosen zu verhüten, und um eine dauernde Erweiterung des Beckens nach der Operation auf diese einfache Weise zu bewirken.

Auf Grund dieser Prinzipien wurde die dritte Pubiotomie bei einer 33jährigen IVpara mit plattem Becken und berechneter Conj. vera von 8—7,5 cm mit vorzüglichem Erfolge für Mutter und Kind vorgenommen. Aus der Beschreibung der Operation möchte ich besonders hervorheben den Sagittalschnitt medial vom Tuberculum pubicum dextrum zur Schonung der Muskeln, die Fingerdeckung auch beim Sägen, den festen Beckenverband beim geburtshilflichen Eingriffe, die Drai-

nage, den Mangel eines festen Beckenverbandes im Wochenbett und endlich das frühe Bewegen- und Aufstehenlassen, so daß die Kranke bereits am 18. Tage p. op. das Bett verlassen und ca. 1 Woche später nach Hause reisen konnte.

Durch Röntgenaufnahme war vor der Entlassung neben der Symphyse eine Spalte etwa von der Breite der Symphyse festgestellt worden, während durch die neueren subkutanen Methoden nach Verf.s Ansicht ein dauernd erweitertes oder erweiterungsfähiges Becken nicht erzielt werden kann.

4) P. Seegert (Berlin). Verlauf und Ausbreitung der Infektion beim septischen Abortus.

In der Berliner Universitätsklinik wurden im letzten Jahrzehnt 15000 Frauen mit Fehlgeburten behandelt, von denen 15% vor der Behandlung und nach dem Abortus fieberten. In diesem Zeitraume konnten ungefähr 450 nach fieberhaftem Abortus schwer erkrankte Pat. in die Klinik aufgenommen werden, von denen 94 an den Folgen der Erkrankung zugrunde gingen. An der Hand von 82 Sektionsprotokollen dieser Fälle und der klinischen Journale hat Verf. die Infektionsquellen und die Ausbreitungswege der Infektion, die Todesursachen und die Verletzungen beim septischen Abort genauer studiert.

S. teilt die septischen Aborte ein in:

a. die Fälle von reiner Sepsis, zehn Fälle mit fast stets vorausgegangenen kriminellen Eingriffen, zu denen zwei Fälle mit Überschwemmung des Blutes durch gasbildende Bazillen und vier Fälle von jauchendem, abgekapseltem Hämatom in der Umgebung des Uterus hinzuzurechnen sind.

b. die Fälle von septischer Endokarditis mit sekundären Embolien, bei denen die Umgebung des Genitales frei von infektiösen Prozessen geblieben war; fünf Fälle.

c. die thrombophlebitische Form der Sepsis-Pyämie; 31 Sektionsprotokolle, abgesehen von vielen Krankengeschichten. Thrombosen wurden bei weitem am häufigsten in den Vv. spermaticae beobachtet. Fanden sich außer den pyämischen Thrombosen und Metastasen noch Exsudate im kleinen Becken, so waren fast stets kriminelle oder artefizielle Verletzungen vorausgegangen. Der größte Teil der Pyämiefälle ging bei sachgemäßer Behandlung ohne Unterbindung der Vv. spermaticae und hypogastricae in Heilung über.

d. die lymphangitische Form der septischen Allgemeininfektion und die septische Peritonitis, zusammen 38 Sektionsprotokolle und zahlreiche Krankengeschichten. In 20 Fällen fanden sich Verletzungen des Genitaltraktus, von denen der größere Teil wohl auf mechanische Fruchtabtreibungsversuche zu beziehen war; zehnmal waren sogar komplette Uterusperforationen notiert. Die Krankheitsdauer betrug 1, höchstens 2 Wochen.

Besonders charakteristische Krankengeschichten werden zusammen mit dem Ergebnis der Autopsie als Paradigmata der einzelnen Krankheitsformen angeführt.

5) A. Sitzenfrey (Prag). Über epitheliale Bildungen der Lymphgefäße und Lymphräume in Beckenlymphknoten bei Uteruskarzinom und bei karzinomfreien, entzündlichen Adnexerkrankungen.

S. hat sechs Fälle der Prager deutschen Universitäts-Frauenklinik, in denen Beckenlymphknoten mit epithelialen Schläuchen und Cysten gefunden wurden, zum Gegenstande der vorliegenden Untersuchungen gemacht.

In vier Fällen stammten die Lymphknoten von abdominellen Karzinomoperationen unter einer Gesamtzahl von 120 abdominellen radikalen Karzinomoperationen während der Jahre 1901—1905, in zwei Fällen von radikalen Totalexstirpationen wegen entzündlicher Adnexerkrankungen. Die Krankengeschichten, die vorgenommenen Operationen, das Ergebnis der Obduktion, die mikroskopische Untersuchung der Lymphknoten werden in jedem der Fälle ausführlich unter Beifügung zahlreicher Abbildungen mitgeteilt.

Als Ergebnis der Untersuchungen fand sich eine Bestätigung der Lehre Robert Meyer's, daß nämlich die epithelialen Schläuche als Lymphgefäße bzw.

als Lymphräume zu betrachten sind, deren Endothelien epitheliale Gestalt angenommen haben.

Da nicht selten die epithelialen Schläuche in Form karzinomähnlicher Bildungen angeordnet lagen, so geht daraus die Notwendigkeit von Reihenschnittuntersuchungen der Lymphknoten hervor, anderenfalls kann man bei Betrachtung eines einzelnen Schnittes leicht fälschlich eine Karzinommetastase diagnostizieren.

Aus den epithelialen Schläuchen und Cysten dürften außerdem manche der in ihrer Ätiologie so dunklen retroperitonealen Flimmerepithelcysten abzuleiten sein, ebenso können sich aus ihnen möglicherweise Lymphangioendotheliome entwickeln.

6) Koblanck. Über Pemphigus neonatorum.

Es handelte sich um eine Zweitgebärende mit leichtem Scheiden- und Blasenkatarrh in der Schwangerschaft und auffallendem Tiefstande des kindlichen Kopfes während der letzten Schwangerschaftsmonate.

Die 16 Stunden dauernde Geburt begann mit dem Fruchtwasserabfluß bei zunächst geringer Wehentätigkeit; eine innere Untersuchung wurde überhaupt nicht vorgenommen. Nach Austritt des Kindes wurden sofort auf der Haut des kindlichen Rumpfes und der Oberarme hanfkorngroße Pemphigusblasen festgestellt — Handteller und Fußsohlen waren frei —, die in wenigen Tagen unter Anwendung von 70%igem Alkohol abheilten. Das Kind gedieh bei einer Amme, die Mutter blieb im Wochenbette gesund.

Die Annahme eines syphilitischen Pemphigus war mit absoluter Sicherheit zurückzuweisen. Die intragenitale Entstehung ist in diesem und in ähnlichen Fällen in der Weise zu erklären, daß beim Durchtritte des Kindes durch die mütterliche Scheide der Staphylokokkus aureus als Erreger der Pemphigusblasen mechanisch in die zarte kindliche Haut hineingepreßt wird. **Scheunemann** (Stettin).

---

4) Archiv für Gynäkologie Bd. LXXVIII. Hft. 2.

1) Kermauner (Heidelberg). Über Mißbildungen mit Störungen des Körperverschlusses.

Detaillierte Schilderung von fünf derartigen Mißbildungen und Besprechung der vielen Theorien, die alle auf bestimmte Fälle oder Mißbildungen zugeschnitten erscheinen, von denen jedoch keine einzige imstande ist, den inneren Zusammenhang der einzelnen Verbildungen, wenn sie an einem Individuum gehäuft sind, aufzuklären. Charakteristisch ist für alle Erklärungen, daß sie die Entstehung der einzelnen Mißbildungen in verschiedene Zeiten verlegen, von der 3. bis in die 14. Woche des embryonalen Lebens. Auf die kritische Besprechung der vorliegenden Hypothesen im Hinblick auf die Mißbildungskomplexe des untersuchten Materiales kann hier nicht näher eingegangen werden. Es kam Verf. darauf an, die teratogenetische Terminationszeit (Schwalbe), d. h. den Zeitpunkt festzustellen, zu dem spätestens die Verbildung begonnen haben kann. Er wird von ihm geburtswärts auf die 3.—4. Woche verlegt, wogegen die Abgrenzung eiwärts nicht so gut anzugeben ist. Es handelt sich um Störungen im Verschluß der fötalen Rumpfwand, die als Störungen in der Ausbildung bestimmter Ursegmente präzisiert werden und auf Änderung von Wachstumsrichtung und Wachstumsgeschwindigkeit beruhen. Meist sind es Wachstumshemmungen, die in Betracht kommen, doch können daneben auch Wucherungen, Exzeßbildungen vorkommen. Wenn zum Schluß Verf. noch darlegt, daß auf Grund unserer jetzigen Kenntnisse als Ursache der Mißbildungen resp. der supponierten Störung eine vorzeitige Erweiterung des Amnion, also ein primäres Hydramnion in Frage kommt, so soll dieser Ansicht nur eine hypothetische Bedeutung zukommen. Das primäre Hydramnion selbst ist anatomisch sichergestellt. Für die hier interessierenden Hemmungen des Körperschlusses muß nur noch die Hilfsannahme gemacht werden, daß der Bauchstiel mit dem übrigen Amnionbindegewebe im Wachstum nicht Schritt gehalten hat, sondern kurz geblieben ist, wie im normalen Ei.

2) Paul Michaelis. Altersbestimmung menschlicher Embryonen und Föten auf Grund von Messungen und von Daten der Anamnese.

Bis jetzt fehlt es an einer Arbeit, welche genaue Angaben der Maßverhältnisse der einzelnen Teile des fötalen Körpers in den einzelnen Entwicklungsmonaten bietet. Verf. führt verschiedene Arten von Messungen an 100 Föten und Embryonen der Leipziger Klinik durch, die bald nach der Geburt in frischem Zustande untersucht wurden. Zur Orientierung in der Schwangerschaftszeit dienten die Daten der Anamnese. Bei 17 Fällen mußte die Rechnung von der zuerst ausgebliebenen, bei 73 von der letzten Menstruation beginnen. Die Messungen wurden mittels Tasterzirkels und eines Lederbandmaßes ausgeführt, und zwar wurden folgende Maße genommen: Scheitel-Fersenlänge vom 4. Monat ab, Scheitel-Steißlänge von der 7. Woche ab verwendbar, Rumpflänge nach Virchow, Thoraxumfang, Abdomenumfang, Thoraxdurchmesser, die bekannten Schädelmaße, Schulterbreite und Länge der Extremitäten. Die Resultate sind in übersichtlichen Tabellen zusammengestellt und gewähren interessante Einblicke in die Wachstumsdifferenzen zwischen einzelnen Entwicklungsmonaten. Auch das in einer Tabelle dargestellte Verhältnis des Gehirngewichtes zum Körpergewicht verdient Beachtung. Allerdings scheinen individuelle Schwankungen eine nicht geringe Rolle zu spielen.

3) Offergeld. Über die Histologie der Adenokarzinome im Uterusfundus.

In der Absicht zur Klärung der vielen noch bestehenden Streitfragen in der Histologie der epithelialen Tumoren des Uterusfundus einen Beitrag zu liefern, hat Verf. 15 Fälle aus der Münchener Klinik gesammelt, histologisch untersucht und genau beschrieben. Insbesondere sind die feineren histologischen Merkmale der karzinomatösen Fundusdrüse, ihre pathologische Funktion, die Vorgänge in der Drüsenzelle selbst genau studiert und zur Grundlage für die Anschauungen des Verf.s über die Histogenese des Adenokarzinoms gemacht; als Fazit der Betrachtungen über den Charakter der Karzinomzelle, ihrer Meta- resp. Anaplasie und des Verhältnisses des Bindegewebes zur Drüsenzelle muß die Rehabilitation der Cohnheim'schen Theorie betrachtet werden, wie aus den nachstehend wiedergegebenen hauptsächlichsten Schlußfolgerungen des Verf.s hervorgeht.

In klinischer Beziehung empfiehlt Verf. auch das Korpuskarzinom, wenn möglich, durch Laparotomie zu entfernen, da sich sehr häufig recht frühzeitig regionäre Drüsenmetastasen im Ovarium finden. Hinsichtlich des klinischen Begriffes der Malignität sind alle Spielarten des Korpuskarzinoms (Adenoma malignum, Adenocarcinoma, Carcinoma alveolare simplex) einander vollständig gleich.

Hierzu kommt, daß auch das maligne Adenom an einzelnen Stellen mehrschichtiges Epithel hat und sich beim Adenokarzinom auch die Bilder des groß alveolären Karzinomes finden lassen. Daher können wir bei den Drüsenkrebsen des Uterus nur von verschiedenen Spielarten reden, nicht von eigenen Spezies innerhalb dieser Gattung. Die Sonderstellung der Zellen wird durch frühzeitig auftretende Veränderungen im Gewebe bewiesen, wie Degeneration und Tinktionsverlust der Membrana propria, sodann ihren definitiven Schwund, ferner durch Änderungen im Epithel selbst, wie Änderung der Formation, Veränderungen in Färbung und Differenzierung im Plasma und Kern der Zellen, abnorm reichen Gehalt an Mitosen pathologischer Art. Eine echte Metaplasie findet unter keinen Umständen statt. Die maligne Degeneration eines klinisch benignen epithelialen Tumors in ein Karzinom ist nicht nur nicht bewiesen, sondern wegen der Spezifität der Zellen auch unwahrscheinlich. Die Sekretion der Adenokarzinome erstreckt sich sicher auf Fibrin und Schleim, und ist eine sehr rege; mit größter Wahrscheinlichkeit sezerniert es aber auch eine fibrinogene Substanz und albuminoide Körper, die direkt toxisch wirken auf das Gewebe, besonders das elastische Element, die Drüsenkapsel und den Gesamtorganismus (Kachexie).

Die bei einem primären Korpuskarzinom auftretenden Tochtergeschwülste in den distalen Partien des uropoetischen Systems und Dammes sind als regionäre lymphogene oder echte hämatogene Metastasen zu betrachten, da für die Kontakt- oder Spontanimpfung der Beweis fehlt (Amann, Kaufmann, Borst).

Als Ätiologie kommt die embryonale Keimausschaltung (Cohnheim'sche Theorie) um so eher in Betracht, als die Gewebe wohl imstande sind, Antitoxine zu produzieren, welche abnorm einverleibte Zellen am Weiterwachsen zu hindern vermögen. Wenn durch die gewöhnlich beschuldigten Gelegenheitsursachen die Alexinbildung aufgehoben wird, können sich die embryonalen Reste weiter entwickeln, aber nur in anormaler Richtung, da die voll differenzierten Gewebe ihnen nicht mehr alle die Faktoren gewähren können, deren Zellen zu ihrer morphologischen und physiologischen Ausbildung bedürfen (Ribbert, Borst, Weigert). Eine Verlagerung von Blastomeren und Zellen ist durch verschiedene Ursachen (Keibl-Roux) sehr leicht möglich; gerade die räumlich große Anlage des Urogenitalsystems beim Embryo (Bonnet'sche Theorie) läßt die große Häufigkeit des Uteruskarzinoms (10% aller Karzinome) erklären. Daß auch andere Theorien für die Ätiologie der Karzinome Geltung haben, ist zuzugeben. Dennoch wäre das Wesen des Karzinoms ein Vorgang regressiver Art in den Nachbargeweben, vielleicht schon zur Gruppe der Degeneration gehörig, die Proliferation der Zellen nur als Ausdruck ihrer zur Eizelle nächsten Verwandtschaft anzusehen, also etwas Sekundäres.

4) Bab. Über Duplicitas tubae Fallopii und ihre entwicklungsgeschichtliche Genese.

Gut ausgebildete, dicke Nebentuben sind erst in fünf Fällen beschrieben, drei mit überzähligen Ovarien, zwei (Péan, Pick) ohne solche. Verf. kann aus dem Materiale der Charité über zwei neue solche Fälle berichten, die er hier beschreibt und abbildet. Im ersten Falle besteht bei Tubargravidität der Haupttube ein $3^1/_2$ cm langes blindes Nebenrohr, beide in einem großen gemeinsamen Flimmertrichter gesondert mündend, im zweiten beschreibt Verf. ein ebenfalls $3^1/_2$ cm langes, geknicktes Nebentubenrohr zwischen Tube und Ovar, das jederseits mit gut ausgebildetem Flimmertrichter in die Bauchhöhle mündet. Die Entstehung des Fallopi'schen Tubentrichters ist entwicklungsgeschichtlich noch nicht aufgeklärt, so daß auch über seine Mißbildungen keine einheitliche Meinung herrscht. Verf. geht an der Hand der bekannten Abbildung aus Hertwig's Entwicklungsgeschichte auf die verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung des Tubentrichters näher ein. Danach würde die Doppelbildung zu erklären sein entweder durch die Persistenz zweier Vornierentrichter oder auch doppelte Anlage und Abschnürung von Coelomepitheltrichtern. Endlich muß noch die Entstehung aus Urnierenkanälchen in Betracht gezogen werden, wofür die topographische Lage der Doppelbildung zwischen Fimbrientrichter der Haupttube und Ovarium spricht.

5) Bruno Wolff (Berlin). Über schmerzlose Geburtswehen.

Die wenigen Berichte über schmerzlose Geburten bei gesunden Frauen stammen meist von fremdländischen Autoren. Verf. berichtet genau über den Hergang einer 2 Tage dauernden schmerzlosen Geburt bei einer 28jährigen Primipara, die er schließlich mit der Zange beendigte. Weder durch Anamnese noch objektive Untersuchung bis $^1/_2$ Jahr post p. war eine Erkrankung des Nervensystems zu ermitteln. Die Eigenart des Falles bestand darin, daß die Kreißende überhaupt keinen Wehenschmerz empfand, ja daß sie die durch mehrfache Untersuchung festgestellten Uteruskontraktionen überhaupt nicht wahrnahm.

Im ganzen Verlaufe der Austreibungsperiode blieb darauf die reflektorische Aktion der Bauchpresse aus. Verf. führt einige besonders prägnante Beispiele solcher Geburten aus der englischen Literatur an, und geht alsdann auf ihre Bedeutung näher ein. Der Partus insensiblis scheint häufiger zu sein als meist angenommen wird. Denn wenn es auch mit der Sturzgeburt bei abnorm geringen Widerständen nichts zu tun hat, scheint es doch, daß sich unter der letzteren öfters ein derartiger Fall verbirgt. Es ist nicht auszuschließen, daß die Schmerzlosigkeit der Wehen ein Frühsymptom der Myelitis oder Tabes darstellt. Doch ist es auch möglich, daß die Ursache in einer eigentümlichen Beschaffenheit der Genitalorgane, vielleicht einer besonders großen Dehnbarkeit zu suchen ist. Das Ausbleiben der Aktion der Bauchpresse, das übrigens auch bei der Rückenmarksanästhesie beob-

achtet ist (Kreis, J. Müller u. a.), gibt uns einen Fingerzeig, worin die Bedeutung des physiologischen Geburtsschmerzes wenigstens in der Austreibungsperiode besteht. Die enge Verknüpfung von Wehenschmerz und Bauchpresse wird erst durch die Geburt mit schmerzlosen Wehen deutlich bewiesen. Die Natur bedurfte dieses intensiven Reizes, um die Bauchpresse in den richtigen Augenblicken und unter Anspannung aller Kräfte der Kreißenden in Tätigkeit zu versetzen.

6) Albert Wagner (Stuttgart). Über die interstitielle Tubargravidität auf Grund von drei selbstbeobachteten Fällen.

Erster Fall: Befund eines linksseitigen wurstförmigen Tubentumors außer einem rechtsseitigen parametritischen Exsudate. Später Ausstoßung eines wurstförmigen Tumors aus dem Uterus unter Verschwinden des linksseitigen Adnextumors. Der Inhalt besteht in Fruchtwasser und einem ca. 3—4 Monate alten geschrumpften Fötus. Der Eisack zeigt eine Schnürfurche. Deutung als tubo-uterine interstitielle Schwangerschaft mit Verwachsen in die linke Tubenecke des Cavum. Ausstoßung nach 5monatiger Retention des abgestorbenen Fötus (Missed abortion).

Zweiter Fall: Operation 10 Monate nach mutmaßlicher Ruptur. Exstirpation eines orangegroßen Tumors der linken Uterusecke unter Erhaltung des Ovars. Corpus luteum im rechten Ovarium (äußere Überwanderung). In dem dünnen Fruchtbehälter ein fest zusammengepreßter, wohlerhaltener Fötus nebst Placenta, Rupturstelle nicht mehr nachzuweisen. Tubenrohr mehrfach gewunden, offen.

Dritter Fall: Ruptur in der 5. Woche nach Zessieren der Menses — Exitus. Obduktionspräparat zeigt typische Rupturstelle median vom Abgange der linken Tube, die in einem Tuboovarialtumor endet. Corpus luteum an der unteren Fläche dieses Ovars, während sich die rechten Adnexe normal verhalten (äußere und innere Überwanderung). In der kleinen Eihöhle nur Syncytiumfetzen. In der Tubenwand keine Decidua, im Uterus wohlausgebildete Decidua.

Während allgemein das therapeutische Handeln nur in der abdominalen Laparotomie bestehen kann, deutet der Verlauf des ersten Falles darauf hin, daß man, entgegen Werth, in Fällen von tubo-uteriner Gravidität den Versuch machen kann, das Ei nach Dilatation der Cervix vom Cavum uteri aus zu entfernen.

7) Hörmann (München). Entgegnung auf Mathes' Kritik meiner Arbeit über die intraabdominellen Druckverhältnisse.

H. tritt hier der in einem Anhange seiner Arbeit »Über Enteroptose usw.« von Mathes ausgeübten Kritik entgegen, weist den Vorwurf der mangelnden Unterstützung eines Physikers als unbegründet zurück, und stellt fest, daß die Einwände von Mathes teils auf Mißverständnissen beruhen, teils hinfälliger Natur sind.

Courant (Breslau).

Wochenbett.

5) H. Bouquet. Über die Gründe, welche die mütterliche Ernährung kontraindizieren und unmöglich machen.

(Bull. générale de thérapeutique 1906. Januar 15—30.)

Als Kontraindikationen für die Mutter, ihr Kind selbst zu stillen, faßt Verf. zunächst alle Herzfehler auf, auch wenn sie kompensiert sind. Dasselbe gilt von der Albuminurie, soweit sie ein Symptom der Bright'schen Krankheit ist, nicht aber wenn es sich nur um Schwangerschaftsniere handelt. Vor allem aber hat die Tuberkulose als eine Kontraindikation für das Nährgeschäft zu gelten, sowohl mit Rücksicht auf die Mutter, wie auf das Kind. Die Widerstandsfähigkeit der Mutter gegen die Tuberkulose wird sonst stark geschwächt, und das Kind setzt sich der Gefahr aus, durch die mütterliche Milch, wenn nicht ebenfalls mit Tuberkulose infiziert zu werden, so doch zum mindesten die in der Milch enthaltenen tuberkulösen Toxine in sich aufzunehmen. Außerdem darf die Mutter ihr Kind nicht selbst nähren, wenn sie von einer infektiösen Krankheit befallen ist, z. B. Typhus Masern, Erysipel. Die lokalen Affektionen der Brust ziehen ganz natürlich eine

Aufhebung des Nährgeschäftes von seiten der Mutter nach sich, mag es sich nun um eine einfache Lymphangitis, einen periglandulären Abszeß oder eine reguläre Entzündung der Milchausführungsgänge handeln. Bösartige Tumoren der Brustdrüse kontraindizieren selbstverständlich ebenfalls die mütterliche Ernährung. Schwieriger liegt die Frage, ob eine Unterbrechung des Nährgeschäftes einzutreten hat, bei den chonischen Intoxikationen. Bei Müttern, die dem Alkoholgenuß sehr huldigen, muß diese Frage vom Arzt ernstlich erwogen werden, da unbedingt bei den Säuglingen Störungen der Darmtätigkeit und des Nervensystems die Folge sein können. Dasselbe gilt in noch erhöhtem Maße von den gewerblichen Intoxikationen, wie z. B. mit Quecksilber, Blei und Arsen. Verf. beobachtete eine Frau, die an chronischer Bleiintoxikation litt und ihre fünf Kinder selbst genährt hatte. Sämtliche waren in jungem Alter an Konvulsionen gestorben. Außer diesen uns bekannten schädigenden Momenten kommen auch Veränderungen der Milch vor, wie Herabsetzung ihres Fett- oder Salzgehaltes, die eine genügende Ernährung des Kindes unmöglich machen, für die wir vorläufig sichere Gründe noch nicht kennen.

Die Ernährung des Kindes durch die Mutter kann aber auch direkt unmöglich sein, und zwar sowohl aus anatomischen, wie physiologischen und sozialen Gründen. Die ersteren sind selten; zu ihnen sind zu rechnen: völliger Mangel der Brustwarze und Mißbildungen der Brüste. Zu den physiologischen Gründen gehört vor allem mehr oder weniger vollständiger Mangel der Milchsekretion. Ein absolutes Fehlen derselben kommt nicht vor. Sodann erörtert Verf. des genaueren die sozialen Gründe, welche der Ernährung des Kindes durch die Mutter entgegenstehen, ihre Folgen und die Mittel, um diesem Übelstande abzuhelfen.

E. Runge (Berlin).

6) **O. Vértes** (Budapest). Fall von Puerperalfieber, geheilt durch Exstirpatio totalis uteri.

(Szülészet és Nögyógyászat 1905. Nr. 2.)

40jährige Ipara am Ende der Schwangerschaft. Kopf trotz guter Wehen und trotz normalen Beckens hoch über dem Beckeneingange. Nabelschnurvorfall, keine Pulsation. Die Diagnose wird auf Hydrocephalus gestellt. Es wird pungiert, wobei jedoch nur wenig Blut und Hirnsubstanz entleert wird. $1^1/_2$ Stunden später wird das 52 cm lange Kind geboren. Nach Geburt des Kindes große Blutung. Placenta muß manuell entfernt werden. Bei Einführung der Hand wird das Geburtshindernis in Gestalt eines kindskopfgroßen Cervicalfibroms entdeckt. Placenta übelriechend. Ausspülung des Uterus. Die ersten 8 Tage des Wochenbettes subfebril (nur einmal 39,5); es werden Ausspülungen gemacht. Am 8. Tage nach Schüttelfrost 40; Puls 140. Tags darauf Totalexstirpation per laparotomiam. (Nach Vernähen der Cervix und Drainage, Heilung. Die bakteriologische Untersuchung der Parametranvenen ergab Staphylokokkus pyogenes albus.

Temesváry (Budapest).

7) **I. Kiriac** (Bukarest). Scheinbare Phlegmasia alba dolens uterinen Ursprunges.

(Gynecologie 1906. Februar.)

Im Jahre 1902 hat Budin auf ein vorübergehendes partielles Ödem aufmerksam gemacht, welches man mitunter im Puerperium beobachtet, von kurzer Dauer ist und welches Budin auf den Einfluß von Toxinen zurückführt. Demgegenüber ist K. der Ansicht, daß Ödeme von einiger Ausdehnung nicht vorkommen können, ohne daß ein Hindernis in den Venen bestünde, und mit Bezug auf die in Rede stehenden puerperalen Ödeme muß angenommen werden, daß es sich um Thrombosierungen kleinerer venöser Stämme handelt, derart, daß es nicht zur Entwicklung einer wahren Phlegmasia alba dolens kommt, vielmehr die ödematösen Veränderungen relativ rasch wieder verschwinden. K. gibt die Krankengeschichten mehrerer Fälle eigener Beobachtung, wo derartige ödematöse Schwellungen des

Schenkels nach Gebärmutterauskratzungen infolge von postabortiven placentaren Retentionen sich entwickelten. In einem dieser Fälle hatten unvorsichtige Bewegungen mitten in der Rekonvaleszenz eine plötzliche, tödliche Embolie zur Folge gehabt. Was die Behandlung dieser Ödeme anbelangt, so ist in erster Reihe vollständige Ruhigstellung des befallenen Gliedes angezeigt, und die Umwicklung desselben mit feuchtwarmen Umschlägen. Bewegungen dürfen erst nach einigen Wochen, nachdem jedwede Spur von Schwellung und Schmerz verschwunden ist, gestattet werden. **E. Toff** (Braila).

8) **C. J. Cullingworth** (London). O. Wendell Holmes und das Wochenbettfieber.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1905. Dezember.)

Ohne den Verdiensten von Semmelweiss, die er vollständig würdigt, nahe treten zu wollen, weist C. darauf hin, daß Holmes in einem Aufsatze, der in dem Jahre 1843 bereits in einem amerikanischen Blatt, New England Quarterly journ. of med. and surgery, das nur kurze Dauer hatte, veröffentlicht wurde und der im Jahre 1855 nochmals unter dem Titel: Puerperal fever as a private pestilence erschien — auf die Ansteckungsfähigkeit derselben hinwies mit den Worten: »Die Krankheit, welche als Puerperalfieber bekannt ist, ist soweit kontagiös, daß sie häufig durch Arzt und Pflegerin von einem Kranken auf einen anderen übertragen wird.«

C. gibt dann eingehend den Inhalt der interessanten und wichtigen Arbeit wieder, die zu denselben Schlüssen gelangt wie Semmelweiss unabhängig von Holmes einige Jahre später, und die dasselbe Schicksal hatte, wie die des genialen Wiener Klinikers, Widerstand von seiten der Fachgenossen.

Zum Schluß weist C. noch darauf hin, daß trotz aller Arbeiten und Fortschritte heute die Frage der Kontagiosität ebenso wichtig ist wie vor zwei Menschenaltern, und daß beispielsweise in den vereinigten Königreichen nach der letzten Statistik von Boxall die Todesfälle an Wochenbettfieber eher zu- als abnehmen. **Engelmann** (Kreuznach).

9) **C. J. Cullingworth.** Die Spätoperation des kompletten Dammrisses.

(Glasgow med. journ. 1905. Juli.)

C. beschreibt an der Hand guter Abbildungen seine Methode der Dammplastik, bei der er sich in der Schnittführung eng an die bekannte Lawson Tait'sche Methode anlehnt und auch in gleicher Weise das Prinzip der Lappenspaltung durchführt, während er bei der Naht eigene Wege geht. Er schließt zunächst mit Catgut den Rektalriß, und zwar von der Schleimhautseite her, so daß nach Vollendung die Fäden aus dem Anus heraushängen. Dann verbreitert er durch versenkte Catgutnähte den Damm, vereinigt den Vaginalriß und die Haut des Dammes durch tiefgreifende, die Wundflächen in ganzer Ausdehnung aneinander bringende Silknähte, von denen die hinterste durch die freipräparierten Enden des zerrissenen Sphincter ani hindurchgeht, und legt, wenn nötig, zwischen die tiefen noch einige oberflächliche Fäden. Die Damm- und Vaginalnähte werden lang gelassen und in Bündel zusammengebunden; sie werden meist am 8. Tag entfernt. Die Rektalfäden werden kurz abgeschnitten. Die Dammwunde wird mit Mull bedeckt, der mit Vaseline bestrichen ist. Täglich bzw. nach jeder Stuhl- oder Urinentleerung findet eine vorsichtige Reinigung statt, in Rückenlage, bei hochgezogenen Schenkeln. Vaginalspülungen nur bei eitrigem oder sonstwie reizenden Ausfluß. Während der ersten 2—3 Tage Entleerung des Urins mittels Katheters. Die Knie werden nicht zusammengebunden; auch können die Kranken nach Belieben auf den Seiten oder auf dem Rücken liegen, dürfen sich jedoch 14 Tage lang nicht aufrichten. $2^1/_2$ Tage nach der Operation bekommen sie 2 Eßlöffel Rizinusöl nebst der Weisung, bei etwa auftretendem Stuhldrange nicht zu pressen. Nach der ersten Entleerung wird jeden 2. Tag ein Abführmittel gegeben. **Walbaum** (Steglitz).

10) **A. Rossier.** Ein Fall von puerperaler Osteomalakie. Kaiserschnitt und Kastration. Rezidiv.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. August.)

Zwei vorausgehende normale Schwangerschaften und Geburten, das erste Kind wurde 6 Monate, das zweite 15 Monate an der Brust ernährt. 1 Jahr nach der zweiten Entbindung traten die ersten Schmerzen in den Schenkeln und den Nierengegenden auf. Nachdem diese Beschwerden mit teilweiser Steigerung 4 Jahre gedauert hatten, erneute Schwangerschaft. Im Verlaufe derselben steigern sich die Beschwerden bis zu dem Grade, daß jede Bewegung schmerzhaft wurde. Die Deformation des Beckens war sehr stark: Verminderung der Distanz der Trochanteren, Verschmälerung des Schambogens, Conjugata vera 6 cm, Sitzbecken. Es wurde der in der Überschrift erwähnte Eingriff vorgenommen.

Nach 2 Monaten verließ die Pat. die Anstalt in erheblich gebessertem Zustande. Schon nach 7 Monaten war aber ein Rückgang der Körpergröße bemerkbar, man hatte den Eindruck, daß die Erweichung der Knochen zugenommen hatte. Die Periode war 4 Monate nach der Operation wieder erschienen, trat regelmäßig auf und war sehr abundant Etwas über 1 Jahr nach der ersten Operation wurde bei einer zweiten Laparotomie ein im rechten Lig. latum sitzender kleiner Tumor entfernt, der Eierstocksgewebe enthielt. Der Zustand der Kranken besserte sich nach diesem Eingriff wiederum auf einige Zeit, um dann aufs neue in ein Stadium der Verschlimmerung einzutreten.

Alle Faktoren, die sonst für die Entstehung der Osteomalakie verantwortlich gemacht werden, treffen für den vorliegenden Fall nicht zu. Es ist einer von jenen rein sporadischen Fällen, welche dartun, daß die Ursache der Erkrankung weniger in äußeren Einflüssen zu suchen ist, sondern tiefer liegt. Man hat es mit einer konstitutionellen Anomalie zu tun wie beim Diabetes, bei der Addison-schen Krankheit, beim Morbus Basedowii.

Die Fälle, bei welchen die Fehling'sche Operation versagt, verdienen immer eine besondere Beachtung. Den Mißerfolg der Kastration schreibt Verf. dem Vorhandensein eines überzähligen Ovariums zu. Denn wäre ein Rest von Ovarialsubstanz bei der Exstirpation beider Ovarien zurückgeblieben, so wäre die vorübergehende Besserung nicht zu erklären. Man muß annehmen, daß das dritte — verborgene —, bis dahin untätige Ovarium einige Monate brauchte, um gewissermaßen in Funktion zu treten.

Die zuletzt eingetretene Verschlimmerung — nach Entfernung des überzähligen Ovariums — zeigt, daß es sich um eine maligne Form der Osteomalakie handelte, wofür auch der rapide Verlauf von Anfang an spricht.

Frickhinger (München).

11) **K. Buberl** (Wien). Über Collargolbehandlung bei Puerperalfieber.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 10.)

In 74 Fällen von Puerperalfieber kam an der Klinik Chrobak Collargol zur Anwendung, und zwar 47mal als Unguentum Credé (9 Todesfälle), 13mal als Klysma (2 Todesfälle), 1mal als Klysma und Salbe, 13mal intravenös, zum Teil auch mit Einreibungen, Klysmen oder Verabreichung per os kombiniert (7 Todesfälle). Selbstverständlich wurde die Anwendung des Collargols mit lokaler und Serumbehandlung kombiniert.

Das Unguentum Credé wurde als 17%ige Fettsalbe, das Klysma nach vorherigem Reinigungseinlauf in der Menge von 5—10 ccm einer 1%igen Lösung 1—2mal täglich gegeben, die Injektionen der 1—4%igen Lösung in einer Menge von 5—10 ccm in die Vena cubitalis ausgeführt. Hierbei kam es einmal zu Luftembolie, die jedoch erfolgreich bekämpft wurde.

Nach vorsichtiger Kritik der einzelnen im Auszug angeführten Fälle spricht sich B. dahin aus, daß manchmal tatsächlich das Collargol einen mehr oder weniger günstigen Einfluß auf den Verlauf des Puerperalfiebers auszuüben schien, die Ansicht derer aber, die dasselbe als ein Spezifikum gegen Sepsis hinstellen, als zu optimistisch bezeichnet werden muß.

Zu bemerken ist, daß sich in 6 von 7 untersuchten Fällen das Silber im Stuhle nachweisen ließ; in dem einen negativen Falle bestand hochgradige Enteritis. In 9 Fällen wurde der Harn untersucht, in 4 Fällen — bei denen auch Cystitis bestand — wurde auch im Harn Silber nachgewiesen. Offenbar hatten hier die Eiterkörperchen das Silber aufgenommen und ermöglichten so den Nachweis.

Keitler (Wien).

12) E. Hoke. Ein Fall von Staphylokokkensepsis vom Uterus ausgehend.

(Prager med. Wochenschrift 1906. Nr. 13.)

Exitus an puerperaler Sepsis. Kultureller Nachweis ausschließlich von Traubenkokken im Blut, im Lochialsekret auch Kolibazillen. Die Prüfung auf Hämolysin zum Vergleiche der genannten Proben mit einem hochvirulenten Laboratoriumsstamm, ergab die stärkste Hämolysinproduktion bei dem aus dem Uterus gewonnenen Stamm und auch die Agglutininbildung kein einheitliches Resultat.

Knapp (Prag).

13) J. Schwetz (Lausanne). Ein neuer Fall von reiner Stapylokokkenpyämie im Puerperium.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. Juli.)

Es handelte sich um eine puerperale Pyämie, ausgehend von einer rechtsseitigen Parametritis. Der Ausgang war letal. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes und der in der Umgebung des Uterus, in den Lungen und der Pleura befindlichen Eiterherde ergab nur Staphylokokkus aureus.

Zu den von Magnus gesammelten Fällen von Staphylokokkenpyämie fügt Verf. aus der Literatur noch zwei und diesen eigenen.

Klinisch wichtige, differentialdiagnostische Unterschiede zwischen Staphylokokken- und Streptokokkeninfektion hält Verf. nicht für gegeben. Die Diagnose ist mit Sicherheit nur durch die bakteriologische Untersuchung zu stellen. Ihr kommt jedoch nicht nur theoretische Bedeutung zu. Man nimmt an, daß die Mißerfolge des Antistreptokokkenserums auf der Existenz verschiedener Streptokokkenarten beruhen. Um wieviel weniger wird man bei einer nicht durch Streptokokken verursachten Erkrankung eine Wirkung dieses Serums erwarten können! Man muß daran denken ein Antistaphylokokkenserum zu schaffen! Denn die Prognose der Staphylokokkenpyämie kann nicht als günstiger bezeichnet werden als die Streptokokkeninfektion. Es ist allein die Virulenz der Kokken, auf die es ankommt. Diese These wird gestützt durch den Verlauf von solchen »atypischen« puerperalen Pyämien, die durch andere Mikroorganismen als Strepto- und Staphylokokken hervorgerufen werden. Der von Otto Burckhardt veröffentlichte Fall von Pneumokokkeninfektion verlief tödlich und ebenso einige Erkrankungen an allgemeiner Gonokokkeninfektion.

Am Schluß seiner Arbeit spricht sich Verf. gegen die Anwendung der Curettage aus bei Infektion durch zurückgebliebene Placentareste.

Frickhinger (München).

14) F. Fromme. Über prophylaktische und therapeutische Anwendung des Antistreptokokkenserums.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 1.)

Diejenigen Laparotomien, bei denen infektiöses Material auf das Peritoneum so leicht übertragen wird (Pyosalpinx, Karzinom), lassen den Wunsch aufkommen, die Pat. von vornherein gegen die gefährlichen Keime zu immunisieren. Da sind vor allem die Versuche zu nennen, durch vor der Operation injizierte Mittel eine künstliche Hyperleukocytose hervorzurufen. Nachdem sowohl vom Verf. als auch von Polano Einspritzungen mit abgeschwächten oder abgetöteten Streptokokkenkulturen vorgenommen worden waren, kam in letzterer Zeit in der Halleschen Klinik die prophylaktische Einverleibung des Antistreptokokkenserums zur An-

wendung. Während das auch injizierte Nuklein und ähnliche Präparate nur eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen erzeugen, kommt beim Gebrauche des Serums zu dieser Wirkung noch die dem Körper verliehene antibakterielle Schutzkraft. Es wurden von Menzer's Streptokokkenserum 10—20 ccm pro die injiziert. Die Erfahrungen — an einer Reihe von 20 Operationen gewonnen — sind im ganzen günstige zu nennen. Von 1 vaginalen und 12 abdominalen Totalexstirpationen wegen Karzinom verliefen 11 Fälle in den ersten 9—10 Tagen vollkommen glatt.

Bezüglich der therapeutischen Verwendung des Streptokokkenserums ist vor allem wichtig, daß das Serum für die reinen Streptokokkeninfektionen reserviert wird, Saprophyteninfektionen sind auszuschließen. Besonders wichtig ist ferner die Zeit der Darreichung des Serums. Und die ist »möglichst früh«. Nach Bildung eines eitrigen Exsudates, nach der Vermehrung der Streptokokken ins Ungemessene ist das Serum kontraindiziert. Bei bereits ausgesprochener Pyämie, vorgeschrittener Septikämie und vorgeschrittener Peritonitis kann das Serum schädlich wirken. Denn durch den Untergang der Streptokokken, welchen das Serum hervorruft, werden toxische Proteine in großer Menge frei, und der Organismus ist der Gefahr der Toxinämie ausgesetzt. Deshalb eignet sich das Serum vortrefflich für Endometritis streptococcica, wie Verf. an 6 Fällen prüfte. Denn hier können infolge des unbehinderten Abflusses aus dem Uterus die freigewordenen Proteine ihren schädlichen Einfluß auf den Körper nicht entfalten. Soll dagegen bei Streptokokkenperitonitis das Serum mit Erfolg angewendet werden, so ist für die Möglichkeit der Ausscheidung künstlich Sorge zu tragen durch Inzision und Drainage.

Frickhinger (München).

15) **Saradeth** (Ruhpolding). Zur Verhütung des Puerperalfiebers.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 2.)

1) »Unterricht und Regeln für christliche Hebammen«. 2) »Unterricht über die Nottaufe usw.« Im Verlage der erzbischöflichen Ordinariatskanzlei München. 3) »Unterweisung der katholischen Hebamme über ihre Standespflichten, insbesondere über die Spendung der Nottaufe.« Klagenfurt 1897. Verlag der St. Joseph-Vereinsdruckerei. Diese drei Broschüren behandeln u. a. auch die Nottaufe des Kindes im Mutterleibe. Nur die dritte Schrift trägt den medizinischen Anforderungen der Asepsis Rechnung. In den beiden ersten Broschüren wird geraten, den vorliegenden Kindesteil event. vermittels eines Schwammes oder einer Spritze zu benetzen. Da die Bedingungen, unter denen die Nottaufe von seiten der Hebamme vorgenommen werden soll, sehr weit gesteckt sind (u. a. immer, wenn eine Operation in Frage kommt), so wird dieser Eingriff ziemlich oft ausgeführt werden, da ja die Hebamme häufig eine Gefahr für das Leben des Kindes oder die Notwendigkeit einer Operation annimmt, wo tatsächlich beides nicht zutrifft. Der Gedanke eines Verbotes oder einer Einschränkung der inneren Untersuchung wird somit vor allem an den Vorschriften von seiten der Kirche scheitern. Der Hinweis auf die zwei zuerst genannten Broschüren geschieht im Interesse der Prophylaxe des Puerperalfiebers. **Frickhinger** (München).

16) **Duvernay** (Lyon). Appendicitis und Puerperium.

(Lyon. méd. 1905. Januar 1.)

Eine spontan entbundene Frau, mit leicht verengtem Becken, erkrankte gleich von der Geburt an leicht fieberhaft, ohne daß an den Genitalien irgend etwas Pathologisches nachzuweisen gewesen wäre. Die frühere Anamnese ergab, außer gelegentlicher Schmerzen in der rechten Nierengegend nichts Auffälliges. Der Puls blieb sehr frequent, die Lochien normal; Leib nicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft. Am 11. Tage steigt die Temperatur auf 39,7° worauf digital in den noch zugänglichen Uterus eingegangen wird und einige zurückgebliebene Deciduareste zum Vorschein kommen, die aber keine Zeichen von Zersetzung trugen; Irrigation, Tamponade; darauf Erbrechen, 41,3°, Bewußtlosigkeit und Tod am 12. Tage. Die

Autopsie ergab viel bröckeligen Eiter zwischen den Därmen; Genitalien durchaus in normalem Puerperalzustande; hinter dem Coecum, vielfach verwachsen, bis zur Nierengegend hinaufreichend, ein alter Abszeß, in dem der Processus vermiformis flottierte. An der inneren Abszeßwand eine Perforation. Die Druckveränderungen intra partum, und später die Manipulationen bei der Austastung, resp. Ausräumung des Uterus mögen den Durchbruch veranlaßt und so den Tod der Wöchnerin herbeigeführt haben. Der Fall gibt mehr wie eine gute Lehre. **Zeiss** (Erfurt).

Verschiedenes.

17) O. Nordmann (Berlin). Zur Behandlung der Perityphlitis und ihrer Folgeerkrankungen.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVIII, Hft. 1 u. 2.)

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf 1522 Fälle von Perityphlitis bzw. Peritonitis aus der Körte'schen Abteilung. Verf. beschäftigt sich zunächst mit der akuten Perityphlitis und leitet sein Thema mit einer kurzen Besprechung der Ätiologie, pathologischen Anatomie, Diagnose und Indikation ein, deren Berücksichtigung hier zu weit führen würde. Die Operation wird in der üblichen Weise vorbereitet; eine Magenspülung und ein kleiner Einlauf werden empfohlen. Der Schnitt verläuft am Außenrande des Rectus. Der Coecalansatz wird mit einer Quetschzange komprimiert, abgebunden und übernäht. Nur bei völligem Fehlen eines Exsudates wird die Bauchhöhle sofort geschlossen. Sonst wird die Bauchhöhle mit Kochsalzlösung ausgespült, von Drains und etwaigen Gegeninzisionen wird freigiebiger Gebrauch gemacht. Bei jauchigem Eiter werden die Wundränder nur durch lose geknüpfte Nähte zusammengezogen. Bei allgemeiner Peritonitis bleibt die Bauchhöhle ganz offen. Nach der Operation wird das Erbrechen durch Magenspülungen bekämpft; schon am 1. Tage wird warmer Tee gereicht, oft gleichzeitig, spätestens aber am 2. Tage, wird die Darmtätigkeit durch einen Einguß angeregt. Abführmittel werden erst am 7. oder 8. Tage gereicht, am 8. Tage gibt es breiige Nahrung, in der 3. Krankheitswoche Fleisch und Gemüse. Läßt die Sekretion nach, so werden am 3. oder 4. Tage die Drains und Tampons entfernt, die tiefen Nähte werden am 12. bis 14. Tage herausgenommen. Breite Tamponade wird am 5. Tage entfernt, die lockeren Nähte werden fest zusammengezogen, oder die Bauchdecken werden in Etagennaht vereinigt bis auf eine Drainageöffnung am unteren Wundwinkel. Bei weiter bestehender Eiterung werden die Drains nur erneuert und die Heilung per secundam intentionem abgewartet. Mehrmalige leichte Temperatursteigerungen beweisen, daß eine Entzündung noch vorhanden ist, oder daß das Exsudat nicht genügend entleert werden kann. Dann ist Revision des Drains nötig, auch Senkungsabszesse im Douglas sind auszuschließen. Lungenkomplikationen sind besonders häufig nach Abszeßinzisionen. Eine weitere Störung bedingen Kotfisteln, die oft ein permanentes Bad nötig machen. Hat die Eiterung aufgehört, so können Fisteln im Niveau der Bauchdecken mit einer Lappenverschiebung nach Dieffenbach zum Verschluß gebracht werden. Tiefliegende und ausgedehnte Fisteln machen den häufig sehr schweren Eingriff einer partiellen Coecumresektion notwendig. Operationen im intermediären Stadium, d. h. nach dem 3. Krankheitstage, werden vorgenommen, wenn hohes Fieber länger als 3—5 Tage bestanden hat; wenn das Allgemeinbefinden während dieser Zeit schlecht blieb oder sich verschlechterte; wenn ein Tumor, eine Resistenz sich vergrößerte, Abszeßbildung oder Peritonitis eintrat. Auf Entfernung des Wurmfortsatzes wird verzichtet, diese vielmehr einer Intervalloperation überlassen. Douglasabszesse werden vom Mastdarm, bei Frauen von der Scheide aus inzidiert, wenn sie in der Medianlinie liegen. Bei seitlicher Lage sind Uterina und Ureter in Gefahr. Die häufigste Komplikation ist die Kotfistelbildung. Diese wurde jedoch bei der Radikaloperation beinahe 7mal so häufig beobachtet wie bei der Inzision; auch die Zahl der Todesfälle ist

bei der Radikaloperation im Intermediärstadium 16mal so hoch wie bei der Inzision. Die 154 Peritonitisoperationen im intermediären Stadium ergaben eine Mortalität von 60%. Von 96 nicht operierten Fällen starben 77%. Die nicht operierten Fälle waren zum Teil solche, welche von vornherein keinen schweren Eindruck machten; zum anderen Teile waren es solche, bei denen die Aussichten auf Genesung bei bestehendem Lähmungszustand des Darmes zu ungünstig erschienen. Einige von diesen erholten sich nach langem Krankenlager. Wären sie alle operiert worden, so wäre die Mortalität viel größer gewesen. Fälle, die im Kollaps zur Behandlung kommen, sollen nicht sofort operiert werden, sondern womöglich erst den Kollaps mit Hilfe von Analepticis überwinden. Auch bei besserem Befund wurde noch abgewartet, bis sich vielleicht eine angreifbare Resistenz ausbildete, und nur sofort nach der Einlieferung operiert, wenn die Symptome bedrohlich wurden. Bei sehr schlechtem Allgemeinbefinden wurde, um die Operation möglichst einfach zu gestalten, auf Entfernung des Wurmfortsatzes verzichtet, sonst wurde er stets, wenn irgend möglich, entfernt. Das Entstehen einer Kotfistel nach einer Radikaloperation wegen Peritonitis scheint häufig geradezu rettend zu wirken wegen der Entleerung des paralytischen Darmes. Je länger die Krankheit dauert, desto geringer sind die Aussichten auf eine Radikaloperation. Das beste Mittel gegen die Peritonitis ist die Prophylaxe in der Gestalt der Frühoperation. In der Frage der chronischen Appendicitis konnte Verf. feststellen, daß über 30% Rezidive durchgemacht haben mit Pausen bis über 10 Jahren. In 75% tödlich verlaufender Perityphlitis war nur ein Anfall vorausgegangen. Daher gilt es als Regel, jeden Pat., der einen Anfall von Appendicitis durchgemacht hat, von seiner Appendix zu befreien. Und zwar frühestens 6 Wochen nach dem Abklingen aller akuten Erscheinungen, da man vor diesem Termin noch oft Komplikationen (Eiterherde) vorfindet. Die Mortalität betrug bei 625 Fällen noch nicht ganz 1%. Die Technik ist die übliche. Nach der Operation bekommen die Kranken nach Aufhören des Narkosenerbrechens warmen Tee, vom 8. Tage ab breiige Nahrung. Am 1., spätestens am 2. Tage, wird ein Einguß gemacht, am 8. Tage wird laxiert. Zum Schluß berichtet Verf. noch über drei Fälle von primärem Karzinom des Wurmfortsatzes, welche geheilt wurden; und einen Fall von wahrscheinlich primärer Tuberkulose. Endlich wurden noch acht Fälle von Darmabschnürung durch perityphlitische Stränge beobachtet; von den sieben operierten starben vier, der nicht operierte starb ebenfalls. **Calmann** (Hamburg).

18) P. Budin (Paris). Orifice vaginal et vaginisme.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

B. hat die gewaltsame Erweiterung des Scheideneinganges bei Vaginismus nie angewandt. Nachdem er 2 oder 3 Tage die Vulva gereinigt und die Scheide mit schwachen antiseptischen Lösungen ausgespült hat, bestreicht er die Vulva mit Kokain-Vaselin (1,5 : 30), trägt es auf den Introitus auf und führt es mit dem Zeigefinger in die Vagina ein. Dies wird nach 10—15 Minuten wiederholt, dann zunächst der Zeigefinger, darauf dieser und der Mittelfinger, schließlich Hegar'sche Dilatatoren eingeführt. An den beiden folgenden Tagen morgens und abends Scheidenspülungen mit Sublimatlösung 1 : 4000. Darauf wieder unter Applikation von Kokain-Vaselin Einführen des Fingers und größerer Hegars. Manchmal genügen schon zwei Sitzungen, um unter Anwendung von Kokain-Vaselin die Kohabitation in normaler Weise zu ermöglichen.

Verf. bemerkt, daß Vaginismus sich manchmal bei verschiedenen Gliedern einer Familie findet. **Graefe** (Halle a. S.).

19) T. S. Cullen (Baltimore). Vaginalcysten.

(Bull. of the Johns Hopkins Hospital Vol. XVI. Nr. 171.)

Verf. stellt 53 Fälle von Vaginalcysten, welche im Johns Hopkins Hospital beobachtet wurden, in tabellarischer Übersicht zusammen.

In Hinsicht auf sein Thema bespricht er unter Beifügung sehr instruktiver makro- und mikroskopischer Bilder die makro- und mikroskopische Anatomie der normalen Vagina, die Embryonalstruktur der Vagina und deren erkennbare Residuen im weiteren Leben (Gärtner und Müller'scher Gang verlagerter Ureter), die Veränderungen der Vagina auf dem Boden der Vaginitis, Veränderungen im Anschluß an die Geburt, Veränderungen in der Vagina, verursacht durch Perinealoperationen, und die Beziehung zwischen Urethra und Vagina.

Ihrem Ursprunge nach unterscheidet der Verf. die Cysten folgendermaßen: 1) in solche, die auf Einschlüsse von Vaginalepithel zurückzuführen sind. In 24 von 26 derartigen Fällen war eine Perineumverletzung, darunter bei 5 eine solche bis ins Rektum vorangegangene. Wo der Sitz der Cyste angegeben war, war dieser in der hinteren oder seitlichen Wand im Introitus. Diese Cysten haben einen Diameter von 3 mm bis 2,5 cm. Sie liegen oft im Narbengewebe eines alten Risses oder sind mit normaler Vaginalmucosa bedeckt. Die Dicke der Wandung beträgt 2—4 mm. Ihre Innenfläche ist glatt. Histologisch ist die bedeckende Vaginalmucosa an den prominentesten Stellen oft atrophisch. Die Cystenwandung besteht aus Bindegewebe. Die Innenfläche ist ausgekleidet mit verschieden zahlreichen Schichten von squamösem Epithel. Die Cysten enthalten desquamiertes squamöses Epithel, Detritus, zuweilen Fettröpfchen und Cholesterinkristalle. Sind die Cysten größer, enthalten sie oft klare Flüssigkeit, meist treten sie einzeln, zuweilen auch multipel auf. 2) in solche, die wahrscheinlich auf Vaginaldrüsen, deren Vorkommen Verf. für erwiesen annimmt, zurückzuführen sind. Drei und mit großer Wahrscheinlichkeit noch einen vierten Fall seiner Beobachtungen zählt Verf. zu dieser Kategorie. Es waren kleine Cysten mit einem Durchmesser von ca. 6 mm. Ihre Innenfläche ist ausgekleidet mit kubischem oder beinahe Plattenepithel. Ihr Inhalt besteht vorwiegend aus Schleim. Vergesellschaftet sind sie meist mit kleinen Cystchen der erstgenannten Kategorie und liegen wie diese meist in der hinteren Wand des Introitus und in oder in der Nähe von alten Perinealnarben. 3) in solche, deren Ursprung im Gärtner'schen Gang zu suchen ist. Wie bekannt, persistieren zuweilen einzelne Partien des Ganges. Kommt es in diesen zu Sekretansammlung, so entstehen Cysten. Sie treten einzeln oder auch zu 5 bis 6 an Zahl auf und liegen dann natürlich in einer Reihe. Meist sind sie nur klein, doch auch größer, und füllen zuweilen die ganze Vagina aus. Bedeckt sind sie mit Vaginalschleimhaut, die aber an den prominentesten Partien ätiologisch sein kann. Die Cystenwand ist meist nur 1—2 mm dick. Zuweilen besteht ein kleiner Stiel, den man auf einen nicht dilatierten Teil des Gärtner'schen Ganges zurückführen muß. Die Innenfläche ist meist vollkommen glatt entlang der konvexen Vaginaloberfläche, aber ausgesprochen gewellt an der entgegengesetzten oder fixierten Seite, ein Beweis für die ungleichmäßige Ausdehnung und gleichzeitig ein Unterscheidungspunkt zu den gewöhnlichen Cysten. Die Lage der Cysten war unter zehn sicher derartigen Fällen 6mal in der vorderen Vaginalwand nahe der Urethra, je 1mal in der rechten seitlichen Vaginalwand, in der linken Vaginalwand und im rechten und linken Fornix. Nur eine Cyste war gestielt. Die Cystenwand besteht aus Bindegewebe, bisweilen finden sich Bündel von glatten Muskelfibrillen. Die Innenfläche ist ausgekleidet mit einer Schicht Zylinder-, kubischem oder fast Plattenepithel. 4) Eine Cyste war der Lage nach — im rechten Vaginalgewölbe — eine Cyste des Gärtner'schen Ganges. Das histologische Bild aber war sehr eigenartig. Der Durchmesser betrug 1 cm, die Wanddicke 5 mm. Die Vaginalmucosa über der Cyste war atrophisch, sonst aber normal. Die Wand bestand aus Bindegewebe. Vorspringend in das Lumen der Cyste fand sich eine kuppelförmige Erhebung, welche zusammengesetzt war aus kleinen Rundzellen und jungen Kapillaren. Über der Erhebung waren 20—30 Lagen squamösen Epithels. Die Bekleidung der Innenfläche der Cyste bestand an einzelnen Stellen aus einer Schicht hohen zylindrischen Epithels, welches an anderen Stellen proliferiert schien, squamösem Epithel ähnelnd; in der Nachbarschaft waren fingerartige Falten bedeckt mit niedrigem Zylinderepithel, und dort fand sich auch eine drüsenartige Einsenkung. Die Cysten-

wandung zeigte an verschiedenen Stellen entzündliche Reaktion und war durchsetzt mit polymorphnukleären Leukocyten. Die Erklärung des Bildes hält Verf. für unmöglich. Das beschriebene drüsenartige Gebilde hält er möglicherweise für ein beginnendes Adenokarzinom. 5) Zwei Cysten führt Verf. auf Urethralcysten zurück. Sie lagen in der vorderen Vaginalwand dicht neben der Urethra. Das die Innenwand auskleidende Epithel ähnelte ganz dem der Urethra. 6) Eine ganze Zahl Cysten konnte Verf. nicht klassifizieren, hauptsächlich weil ihm die klinischen Details fehlten. Sie waren zum Teil mit kubischem, zum Teil mit Zylinderepithel ausgekleidet. Außerdem kommen noch 7) die hauptsächlich von v. Winckel genauer beschriebenen Gascysten, die sich vornehmlich bei schwangeren Frauen finden und 8) die Echinokokkuscysten in Frage, über deren Natur die genaue mikroskopische Untersuchung Aufschluß gibt.

Eine kurze Beschreibung der klinischen Symptome sowie der Behandlung der Vaginalcysten beschließt die lesenswerte Abhandlung. **Eversmann** (Bonn).

20) D. J. Cranwell (Buenos Aires). Ein Fall von angeborenem Hydrokolpos.

(Revue de gynécol. et de chir. abdom. Bd. IX. Nr. 4.)

Es handelte sich um ein schlecht entwickeltes, 1 Monat altes Mädchen. Das Abdomen ist stark aufgetrieben durch einen bis 2 Querfinger über den Nabel reichenden Tumor, welcher keine Fluktuation zeigt und ziemlich hart zu sein scheint. Das Perineum ist gerötet, die Vulva ödematös. Ein Versuch, die Blase zu katheterisieren, da Pat. lange keinen Urin gelassen hat, mißlingt. Man bemerkt hierbei, daß die Vagina völlig verschlossen ist, und daß das Ödem der Vulva und die Urinretention anscheinend verursacht sind durch die Anwesenheit eines eitrigen Exsudates in der Höhe des Perineums. Man inzidiert daher das Perineum, konstatiert hierbei aber zur Verwunderung, daß sich ca. 400 ccm einer klaren, gelben Flüssigkeit entleeren. Sofort läßt die Pat. spontan Urin und entleert grünen, diarrhoischen Stuhl. Gleichzeitig ist der vom Abdomen aus gefühlte Tumor verschwunden. 14 Tage darauf stirbt das Kind an Pädatrophie. Die Autopsie ergibt folgenden Befund: Die Blasenwandungen sind sehr hypertrophisch, die Blase selbst ist mandarinengroß. Hinter ihr liegt ein Tumor, dem der Uterus und die Adnexe von normaler Beschaffenheit aufsitzen. Dieser Tumor wird von der Vagina dargestellt. Ein Collum uteri existiert nicht. Uterus und Vagina stellen ein und dieselbe Höhle dar. Man konstatiert nun, daß der gesamte damalige Tumor von der Vagina dargestellt wurde. Diese ist oberhalb des Hymens völlig obliteriert. Die histologische Untersuchung der Vaginalwandungen ergibt eine starke Hypertrophie derselben, ebenso eine solche der Blase. Das Hymen ist von normalem Aussehen; einige Millimeter oberhalb von ihm findet sich ein völliger Verschluß der Vagina durch eine bindegewebige Querwand von gut 1 mm Dicke. Die Drüsen der Vagina und des Uterus sind an Zahl und Größe vermehrt.

Es handelte sich somit um einen kongenitalen Verschluß der Vagina im unteren Teil derselben, der eine Ansammlung von Flüssigkeit hinter sich in der Kavität des Uterus und der Vagina zur Folge hatte. Die Anwesenheit dieser Flüssigkeit stand im Zusammenhange mit der Hypertrophie der vaginalen und uterinen Drüsen. Die so enstandene Tumorbildung veranlaßte die Retention des Urins und des Darminhaltes. **E. Runge** (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 36. Sonnabend, den 8. September. 1906.

Inhalt.

Vom XV. internationalen Kongreſs zu Lissabon

19.—26. April 1906.

Sektion für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ref. von Dr. **Ernst Runge** in Berlin.

Das erste offizielle Referat hatte Hennig (Leipzig) übernommen. Es besteht der Hauptsache nach in einer Tabelle über geburtshilfliche Nomenklatur. Alle in der Geburtshilfe vorkommenden Worte, Begriffe und Termini technici sind daselbst in lateinischer, griechischer, französischer, deutscher, englischer und italienischer Sprache zusammengestellt und nach Anatomie, Physiologie, Pathologie, Befruchtung, äußere und innere Untersuchung, Mißbildungen der Mutter und Frucht, Pathologie der Geburt, Therapie und Operationen geordnet.

Candido di Pinho (Porto) brachte sodann ein ausführliches Referat über die Autointoxikation der Schwangeren. Nach ihm ist die Autointoxikation während der Schwangerschaft das Resultat zweier Komponenten: 1) Zunahme der Gifte, die aus allen toxischen Quellen stammen, 2) Abnahme der Widerstandskraft des Organismus, teils infolge Überanstrengung, teils infolge angeborener Schwäche. In allen diesen Fällen ist der Grad der Autointoxikation abhängig von der ungenügenden Produktion von Antitoxinen. Man muß die Reihe der Erscheinungen, welche als Autointoxikationen während der Schwangerschaft aufzufassen sind, beträchtlich erweitern. Denn außer der Hyperemesis, Albuminurie, Eklampsie, Manie usw. gehören noch dazu: Erscheinungen von seiten des Herzens, Mißbildungen und Erkrankungen der Föten. Alle diese haben denselben Ursprung. Die Einheit derselben bedingt auch die Einheit in der Behandlung. Bei der

der Untersuchung jeder Frau während der Schwangerschaft muß man auf alle Zeichen achten, die auf eine ungenügende Produktion von Antitoxinen hindeuten, so speziell auf die Erhöhung der Sehnenreflexe, Albuminurie, Darmstörungen und Störungen der Funktion des Herzens.

Gustave Richelot (Paris). Behandlung der Retrodeviationen des Uterus.

R. spricht sich nur in bedingter Weise für Operation der Retrodeviationen des Uterus aus. Da, wo auf anderem Wege Besserung resp. Heilung erzielt werden kann, ist er für diese; besonders redet er einer allgemeinen Behandlung das Wort. Für kontraindiziert hält er die Operation bei gichtischen nervösen Frauen, sodann bei infektiösen Metritiden und bei Adnexerkrankungen. Für das beste Verfahren hält er die Doléris'sche Methode, die er genau beschreibt. Er ventrofixiert den Uterus, indem er die Ligg. rotunda in den unteren Bauchschnittwinkel einnäht.

In der Diskussion hierzu spricht sich Fräulein Dr. L. Waite (Chicago) dahin aus, daß sie jede operative Behandlung von mit Entzündungsprozessen komplizierten Uterusdeviationen für falsch hält, ebenso die von nicht komplizierten beweglichen Retroflexionen. Sie sieht in der Festlegung des Uterus, event. auch in normaler Stellung, nur den Ersatz einer pathologischen Stellung durch eine andere pathologische.

Hierauf erstattet Martin (Greifswald) sein Referat über die Behandlung der Uterusfibromyome.

Er führt zuerst aus, daß die abdominale Operation der Uterusfibromyome unzweifelhaft einen freieren Einblick in die Bauchhöhle gewährt, und sicher auch die bequemere ist. Außerdem hat sie viele Nachteile verloren, die ihr früher anhafteten, so die Dehnung der Narbe, die Hernienbildung. Ein bedeutender Fortschritt nach dieser Richtung ist erzielt worden durch die Küstner'sche und besonders die Pfannenstiel'sche Methode des suprasymphysären Fascienquerschnittes. M. beschreibt hierauf des genaueren die Art, wie er die Bauchdecken vereinigt. Andererseits sind die bisherigen Fortschritte gering, um eine Verwachsung von Netz und Darm an der Innenfläche der Bauchwunde zu verhindern.

Die vaginale Methode setzt eine größere technische Fertigkeit voraus und ist trotz aller Hilfsmittel auf gewisse Grenzen beschränkt. Verwachsungen, Nebenverletzungen usw. werden immer Komplikationen derselben bleiben. Die ursprünglich allbeherrschende Methode der supravaginalen Absetzung des myomatösen Uteruskörpers hat in der Totalexstirpation des ganzen Uterus, der Enukleation und in der subtotalen Operation nach Pozzi Konkurrenzoperationen gefunden; Methoden, die nach der einen oder der anderen Richtung hin mehr oder weniger wesentliche Vorteile darbieten. Gegen die Totalexstirpation sprechen teilweise die unangenehmen Ausfallserscheinungen, die oft sehr hohe Grade erreichen können. Ovarialtabletten haben hier nach M.'s Erfahrungen hin und wieder gute Resultate gezeitigt. Die konservativen Verfahren haben in Deutschland nur langsam weitere Verbreitung gefunden. Die Vorteile dieser bestehen in der Fortdauer der Menstruation und mit ihr in der Vorbeugung der Ausfallsbeschwerden, endlich in der Möglichkeit einer Konzeption. Als Nachteile der Methode muß man auf der anderen Seite die Möglichkeit mit in Kauf nehmen, daß neue Myomknoten im Uterus auftreten können. Vor allem aber kann eine Ruptur der Uterusnarbe nach Enukleation bei einer späteren Schwangerschaft eintreten. Einen weiteren Nachteil der Methode, den Winter beobachtete, nämlich, daß die Pat. nicht zu dem Gefühl des Wohlbefindens gelangen, weil andauernde profuse Absonderung der Uterusschleimhaut sich einstellt, hat M. nicht beobachten können. Reine Myomfälle, in welchen also lediglich ein solches Neoplasma die Operation indiziert, bieten für das spätere Verhalten eine wesentlich andere Prognose als die Fälle, in denen Komplikationen von seiten der Ovarien, Tuben oder des Peritoneums bestanden. Die reinen Fälle hat M. immer gut heilen sehen, während die letztere Gruppe recht ungünstige Resultate darbot. In bezug auf die Dauerheilung — z. B. nach ca. 10 Jahren — betrachtet, ist die Prognose bei den wegen Myom operierten Pat. eine gute, mögen sie nun vaginal oder abdominal operiert worden

sein. Hierbei bieten die vaginal und konservativ Operierten eine noch bessere Prognose als die übrigen. Jedenfalls aber rechtfertigt das Befinden aller die operative Behandlung der Uterusmyome.

Das Korreferat über dasselbe Thema hatten Tuffier (Paris) und de Rouville (Montpellier) übernommen. Nach Besprechung der medikamentösen und chirurgisch palliativen Behandlung der Myome, der vaginalen und abdominalen Hysterektomie, der Enukleation und ihrer Technik, der Indikationen und Kontraindikationen und schließlich der Resultate der Myombehandlung kommen die Reff. zur Erörterung ihrer Schlußsätze. Die medikamentöse Behandlung der Uterusmyome ist eine rein symptomatische; sie ist nur indiziert, wenn zeitliche oder dauernde Kontraindikationen gegen ein chirurgisches Vorgehen sprechen. Die palliativen Verfahren haben immer mehr eine Einschränkung erfahren, je mehr sich die Prognose der radikalen Verfahren besserte; sie sollten nur noch für ganz spezielle Fälle reserviert bleiben. Die konservative Methode ist die Methode der Wahl. Die Enukleation ist jederzeit, wenn möglich, der Hysterektomie vorzuziehen. Der vaginale Weg der Enukleation ist nur bei submukösen, leicht erreichbaren Myomen am Platze. Die Enukleation per vaginam hängt weniger von der Größe der Geschwulst ab, als von dem Wundbett, was geschaffen wird. Der Zustand der Uterusschleimhaut muß sorgfältig berücksichtigt werden. In zweifelhaften Fällen muß eine Curettage vor der Operation vorgenommen werden. Die unmittelbaren Resultate der abdominalen Enukleation sind wenig ermutigend. Dagegen sind Rezidive sehr selten, und Schwangerschaften können sehr wohl auftreten. Die vaginale Hysterektomie ist nur bei kleinem, beweglichem, leicht herabziehbarem Uterus, weiter Vagina und gut dehnbarer Vulva am Platze. In den meisten Fällen ist die supravaginale Amputation des Uterus der Totalexstirpation per laparotomiam vorzuziehen. Sie ist leichter, geht schneller und hat eine bessere Prognose. Nur bei Collumerkrankung, Verdacht auf Degeneration der Myome und Eiterbildung in den Genitalien ist die Totalexstirpation indiziert. Welche Art des abdominalen Weges gewählt wird, ist indifferent. Die Hauptsache ist, daß man nicht im Dunkeln arbeitet und die vier großen Gefäße schnell findet. Ob die Adnexe vor, während oder nach der Uterusexstirpation entfernt werden, hängt von ihrer Lage, ihren Verwachsungen und ihrem Inhalt ab. Die Erhaltung der Ovarien ist diskutabel. Ist die Frau jung, neurasthenisch und erscheinen die Organe gesund, so kann man sie erhalten. Eigenartiger Sitz der Myome, maligne Degeneration, Infektion, Gangrän derselben, gleichzeitige karzinomatöse Erkrankung des Corpus oder Collum uteri und Darmokklusion erfordern besondere therapeutische Indikationen. Koinzidenz von Schwangerschaft und Myom bedingt an sich keinen operativen Eingriff. Sitzen die Myome oberhalb des Kontraktionsringes, so brauchen sie im allgemeinen nicht angegangen zu werden. Haben sie eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeigeführt, so sind sie zu enukleieren, sobald der Uterus völlig entleert ist. Oft verläuft die Geburt, selbst bei cervicalem Sitz der Myome, ohne Komplikationen. Man soll diese daher nur dann operativ angreifen, wenn unter der Geburt eine normale Beendigung derselben nicht möglich erscheint. Muß operiert werden, so ist die Sectio caesarea indiziert; nur bei einzelnen Myomknoten ist die Enukleation der sofortigen Hysterektomie vorzuziehen.

An der Diskussion beteiligten sich Pfannenstiel, Gamboa Faure, da Costa, Doyen, Miss Waite, Lefort, C. Ruiz u. a. Faure will alle Myome, die operativ beseitigt werden müssen, durch die abdominale Hysterektomie angehen; die supravaginale Amputation erscheint ihm hierbei als die gegebene Methode.

Das vierte Referat hatte Alfredo da Costa übernommen, und zwar über die Indikationen und die Technik der Sectio caesarea.

Er kommt zu folgenden Schlußsätzen: Da, wo man während der Geburt bei vollständiger Gleichheit der Indikation berechtigt ist, zwischen Sectio caesarea und Symphyseotomie zu wählen, soll man das erstere Verfahren bevorzugen. Da, wo man zweifelhaft ist, welchen Weg man wählen soll, muß man zuerst an die Sectio caesarea denken, und nur, wenn diese gefährlicher erscheint, soll man zur Sym-

physeotomie greifen. Abgesehen von besonderen Fällen gibt die Placenta praevia keine Indikation zur Sectio caesarea. Bei der Wahl des Einschnittes in den Uterus entscheidet jeder Fall für sich. Der vordere mediane Längsschnitt ist im allgemeinen der richtigere. Abgesehen von den Fällen, welche eine sofortige Beendigung der Geburt schleunigst erheischen, scheint es vorteilhafter, den Uterus erst zu inzidieren, nachdem man ihn vor die Bauchdecken gewälzt hat. Jede Naht des Uterus ist gut, wenn sie mit der Sicherheit eine vollständige Adaption der Schnittränder und eine absolute Unmöglichkeit gegenüber dem Durchdringen von Flüssigkeit vereinigt.

Fritz Frank (Köln) spricht sodann über die suprasymphysäre Entbindung und schlägt folgende Gesichtspunkte hierfür vor: Der Uterus darf erst eröffnet werden, nachdem die Bauchhöhle definitiv geschlossen ist. Keine Uteruswunde darf in die Bauchhöhle zurückkommen. Die Operation hat ohne Hervorwälzung des Uterus in Beckenhochlagerung zu geschehen. Man kann diesen Weg auch bei unreinen Fällen einschlagen und bei relativer Indikation erst abwarten, ob die Natur das Hindernis nicht selbst überwindet. Er demonstriert sodann sein Verfahren an Tafeln: 1) Die Frau liegt in Beckenhochlagerung. 2) Querschnitt der Haut, der Muskeln und 2—3 cm über der Symphyse. 3) Der Peritonealsack wird direkt über der Blase auf kleine Ausdehnung eröffnet, damit man unter Kontrolle des Auges arbeiten kann. 4) Die Peritonealfalte der Excavatio vesico-uterina, das vordere Blatt des Lig. latum in den unteren Partien wird von der Unterlage abgehoben, damit die ganze Umschlagsfalte nach oben hin gehoben werden kann. 5) Der Peritonealsack wird dann sorgfältig geschlossen, indem die Umschlagsfalte mit dem Peritoneum parietale sorgfältig vereinigt wird. 6) Das untere Uterinsegment zwischen abgedrängter Blase und Uterus wird quer eröffnet. Austritt des Kindes, der Placenta. 7) Bei reinen Fällen Schluß der Bauchwunde, bei infizierten Offenlassen derselben, Drainage.

Ed. B. Montgomery spricht sich auf Grund anatomischer und physiologischer Erfahrungen für die Gigli'sche Methode aus, in allen Fällen, wo man bisher die Symphyseotomie in Anwendung gebracht hat. Besonders erfolgreich war ihm die erstere Methode bei einem Fall von Gesichtslage mit nach hinten gerichtetem Kinne. Man sollte sie immer der Embryotomie und der Sectio caesarea voranstellen.

Joaquin Cortiguera (Santander). Blasenmole und Chorioepithelioma.

Zumeist geht dem Chorioepithelioma eine Blasenmole voran, seltener eine normale Geburt oder ein Abort. Andererseits hat man viele Blasenmolen beobachtet, denen ein Chorioepithelioma nicht gefolgt ist, und schließlich hat man dieses auch beim Manne konstatiert. Es ist nicht möglich, mit dem Mikroskop absolut sicher solche Blasenmolen, welche gutartig bleiben, von den bösartig werdenden zu unterscheiden, noch weniger jedoch zwischen den Chorioepitheliomen, welche Metastasen machen, und denen, die diese nicht zur Folge haben, einen Unterschied zu machen. Zurzeit ist das beste Kriterium die klinische Beobachtung. Jede Frau, die eine Blasenmole geboren hat, soll eine Zeitlang unter ärztlicher Beobachtung bleiben. Die unvollständige Ausstoßung einer Blasenmole erfordert unbedingt eine Austastung und Ausräumung des Uterus. Persistieren die Blutungen, so muß man curettieren und die entfernten Massen mikroskopisch untersuchen. Weisen sie hierbei auf ein Chorioepithelioma hin, so muß die Hysterektomie ausgeführt werden. An die Entfernung des Uterus hat sich die der Adnexe und der metastatischen Knoten soweit als möglich anzuschließen. Die Prognose dieser Chorioepitheliome ist besser als die anderer, wenn man zur Zeit operiert. Sie ist auch besser, wenn eine Blasenmole vorangegangen ist, als nach einer Geburt und vor allem einem Aborte.

Maia Mendes (Oporto). Symphyseotomie und Sectio caesarea conservativa.

M. tritt für die Sectio caesarea ein und wünscht, daß diese immer mehr die Symphyseotomie verdränge. Als Kontraindikationen für die Sectio caesarea gelten

ihm nur Infektionen und ähnliche Komplikationen. Auch die Embryotomie sollte durch die Sectio caesarea ersetzt werden, besonders bei Querlagen mit und ohne Nabelschnurvorfall, bei Tetanus, selbst bei toter Frucht — falls nicht intensive Infektion vorliegt. M. macht die Sectio caesarea auch statt der instrumentellen und gewaltsamen Dilatation des Collums bei Eklampsie. Darüber hinaus hält er an den klassischen Indikationen fest.

Jean Louis Faure (Paris). Behandlung des Collumkrebses.

F. lehnt jede Operation des Collumkarzinoms ab, wenn der Uterus nicht mehr frei beweglich ist. Ist dies jedoch der Fall, so ist die totale abdominale Operation am Platz. Um Zeit zu sparen, unterbinde man immer die Art. hypogastrica, wodurch man sich auch freieres Gesichtsfeld für die Operation schafft. Die Beckenausräumung ist illusorisch und verschlechtert nur die Prognose der Operation. Man entferne die erreichbaren Drüsen. Die Ablösung des Uterus und der Vagina von unten her erleichtert sehr die Operation, besonders die Durchtrennung der Ureteren.

Jean San (Camprodon). Zwei Fälle von Embolie puerperalen Ursprunges.

Der eine der Fälle genas, der andere starb. Eine Sektion wurde verweigert.

Sebastiao da Costa Sacadura (Lisbonne). Einige Betrachtungen über die Dimensionen des kindlichen Kopfes am Ende der Schwangerschaft.

S. berichtet über die an 574 Föten gefundenen Maße und über die Resultate, die aus dem Vergleiche derselben mit den bekannten gewonnen wurden. Hieran schließt sich eine Betrachtung über die Unterschiede, die sich dabei ergaben, und der Versuch, die Ursache für diese Differenzen zu ergründen. S. schlägt vor, die wichtigsten Maße bei allen Rassen und die daraus für die Praxis resultierenden Folgen festzustellen.

An diesen Vortrag schloß sich eine lebhafte Diskussion, in welcher die Bedeutung der Schlußfolgerungen, die Sacadura gezogen hatte, in Frage gestellt wurde.

Alfredo da Costa (Lisbonne). L'orientation foetale et la loi de Pajot.

C. fand, daß der Fötus nicht in salzhaltigem Wasser, wie Dubois behauptet, schwimmt, sondern untersinkt. Wird die Salzlösung verdünnt, so taucht der Fötus wohl mit einem Teile seines Körpers unter, niemals aber mit der Schulter oder dem Rücken. C. nimmt daher an, daß der Schwerpunkt wohl die Ursache oder eine der Ursachen der intra-uterinen Lagen sein kann, aber nicht die einzige.

Ch. Achard und A. Ribot (Paris). Lungenembolien, einer Phlebitis der Beine im Wochenbette vorausgehend.

Bericht über zwei Fälle; in dem einen trat die Embolie am 1., in dem anderen am 4. Tage post partum auf. Die erstere Pat. genas, die andere starb. Eine Autopsie unterblieb.

A. Munoz Ruiz de Passanis. Der Alkoholismus während der Schwangerschaft und des Stillgeschäftes.

Der Alkoholismus bildet oft die Ursache von frühzeitiger Geburt infolge auftretender Albuminurie und Urämie. Da der Alkohol sich unter die Milch mischt, so leiden die Kinder oft unter gastrischen und nervösen Störungen, zumal während der Dentitionsperiode, und neigen selbst zum Alkoholmißbrauch.

F. Pfannenstiel (Gießen). Zur Therapie der chronischen Endometritis.

P. will nur die nicht bakteriziden Endometritiden besprechen, einschließlich der postinfektiösen Formen. Nach dem Sitze der Erkrankung kann man Korpus- und Cervixerkrankungen unterscheiden. Klinisch sind zu trennen die hämorrhagischen und die katarrhalischen Formen, anatomisch die hyperplastischen und die hyperpoetischen Ernährungsstörungen. Die Grenze ist nicht scharf. Die erstere Form zeigt sich im Uteruskörper: Wucherung der gesamten Schleimhaut. Die letztere — die hyperpoetische — kennzeichnet sich durch Menorrhagien (Korpuserkrankung) oder Uteruskatarrh (meist Cervixerkrankung). Die hyperplastische

Form zeigt an der Cervix Schwellung der gesamten Schleimhaut, und wird erkennbar durch Ektropium derselben, wahre Erosion und Retentionscystenbildung. Sie ist häufig kombiniert mit gleichartiger Erkrankung des Myometriums; sie geht daher vielfach mit Verdickung des Uteruskörpers oder -halses einher. Die klinische Unterscheidung der hyperpoetischen und der hyperplastischen Ernährungsstörung ist durch Anamnese und sorgfältige Erhebung des lokalen Befundes zu treffen.

Bei der hyperpoetischen Ernährungsstörung des Uterus ist zielbewußte, die Ätiologie berücksichtigende, tonisierende Allgemeinbehandlung am Platze, schädlich ist jede Lokalbehandlung. Bei der hyperplastischen Ernährungsstörung ist jede Behandlungsart fehlerhaft, welche geeignet ist, die Vitalität der Gewebe und damit die natürlichen Schutzvorrichtungen des Uterus gegen das Eindringen von Bakterien vorübergehend oder dauernd zu schädigen. Es sind deshalb zu verwerfen alle Ätzmittel, einschließlich der Elektrokaustik, der Atmokaustik und des Glüheisens. Fehlerhaft ist aus ähnlichem Grunde die intra-uterine Gazetamponade und Quellstiftbehandlung; ebenso ist auch die intravaginale Tamponbehandlung zu perhorreszieren. Die richtige Therapie besteht in 1) einer zielbewußten Allgemeinbehandlung, 2) in einer die Vitalität der Gewebe möglichst schonenden Lokalbehandlung. Bei der Endometritis haemorrhagica ist die einfache Abrasio ohne Nachbehandlung angezeigt. Bei Eintritt von Rezidiven erneute Abrasio. Bei schweren, unstillbaren Blutungen ist zu operieren. Die Endometritis catarrhalis ist zu behandeln durch: 1) Dilatation der Cervix mit Hegar'schen Stiften; 2) Ausspülungen des Uterus mit schleimlösenden (Soda) oder leicht adstringierenden (H_2O_2) Mitteln; besonders aber durch Behandlung der Cervixschleimhaut, nämlich je nach der Schwere: 1) wiederholte Skarifikationen der Cervixschleimhaut, 2) Exzision der hypertrophischen Schleimhaut des Muttermundes, 3) Portioamputation. Jegliche Lokalbehandlung soll klinisch und streng aseptisch geschehen unter sorgfältiger Beachtung aller Kontraindikationen (bestehende Infektion an Uterus oder Adnexen).

Recasens Girol. Einige geburtshilfliche Betrachtungen, angestellt bei der Untersuchung eines Sagittaldurchschnittes durch das Becken einer Ipara, welche in der Austreibungsperiode gestorben ist.

Die Dicke der Uterusmuskulatur ist in den verschiedenen Gegenden eine verschiedene; am dünnsten ist sie an der Insertionsstelle der Placenta und im unteren Uterinsegment, am dicksten am Kontraktionsringe. Bei normaler Geburt findet sich derselbe ungefähr in der Höhe des inneren Muttermundes; stellen sich dagegen Hindernisse der Austreibung der Frucht entgegen, so rückt der Kontraktionsring in die Höhe. Die Kranzvene bestimmt die Grenze zwischen Corpus und Collum uteri während der Geburt. Bei physiologischen Geburten gehört das sog. untere Uterinsegment fast vollständig dem Cervicalkanal an. Die Muttermundslippen bleiben fast immer als dünner Saum bestehen, worauf bei Anlegung des Forceps zu achten ist, um unangenehme Komplikationen durch Mitfassen und Abreißen derselben zu vermeiden. Die Dilatation des Muttermundes geschieht bei der normalen Geburt durch die Eiblase und den Fötus. Da, wo dem Vorschreiten des Fötus ein Hindernis entgegensteht, geschieht der Mechanismus der Erweiterung durch einen umgekehrten Vorgang. Durch Verkleinerung der Uterushöhle infolge Retraktion der Muskulatur zieht sich der Muttermund über den Fötus nach oben hinüber und eröffnet sich dadurch völlig.

Latis. Beziehungen zwischen den Genitalien und der Nasenschleimhaut; Bedeutung der Rhinokokainisation.

Aguilar. Die ganz akuten Hämatometren bei Hydatiden- und Blasenmolen in den ersten zwei Monaten der Schwangerschaft.

Bodega. Anteflexion des Uterus und ihre Behandlung.

Subeyran und Demelle. Neuer Apparat zur Narkose.

Clarke. Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung von Rückwärtslagerungen des Uterus.

Jonnesco. Die chirurgische Behandlung des Uteruskrebses.

Balvey Bas. Beckenabszeß.

Calderini. Indikationen und Technik der Sectio caesarea. (Der Autor war selbst nicht anwesend.)

Nach einleitenden Worten bespricht C. zuerst die Porro'sche Operation. Indikationen für diese Methode gaben bisher ab: Enges Becken, Fibrome des Uterus und der Vagina, Ovarialtumoren, Uterus-, Scheiden- und Mastdarmkrebs, parauterine Abszesse, Formanomalien des Uterus, Folgezustände nach Ventro- und Vaginofixation des Uterus, Atresien und Stenosen der Vagina oder der Cervix, septischer Uterus und sonstige septische Prozesse. C. beschreibt sodann die bisher geübten Methoden des Verfahrens und des genaueren sein eigenes Vorgehen. Hierauf wendet er sich der Besprechung der Sectio caesarea nach Sänger zu. Er schildert ihre allmähliche Entwicklung und die Modifikationen, die die Schnittführung bei derselben durch Fritsch, Kehrer, Caruso u. a. erfahren hat. Hierauf berichtet er über 191 eigene Fälle. 159mal gab Beckenverengerung, 5mal Osteomalakie, 5mal vorangegangene Ventrofixation, 3mal Collumkarzinom, 3mal Querlage, 3mal Placenta praevia, 2mal Eklampsie und je 1mal Verlagerung des Muttermundes durch ein Myom, Stenose desselben infolge Syphilis und Dermoidcyste die Indikation zur Sectio caesarea ab. Die Mortalität betrug 10,5% bei den Müttern und 5,7% bei den Kindern. Beim Einschnitt in den Uterus soll man, wenn möglich, die Placentarstelle vermeiden. Im allgemeinen soll mit der Sectio caesarea nicht eine Sterilisation der Frau verbunden werden. Hierauf beschreibt C. das von ihm geübte Verfahren. Als absolute Indikation für die Sectio caesarea bei engem Becken betrachtet C. eine Conj. vera von 6,5 cm bei lebendem und 5,4 cm bei totem Kinde. Die relative Indikation kann man bis zu einer Vera von 8,5 cm ausdehnen. Hierbei muß aber das Kind unbedingt am Leben, die Frau gesund und unter günstigen Bedingungen für die Operation sein.

Die Sectio caesarea vaginalis nach Acconci wurde einigemal in Italien wegen Karzinom des Collum uteri ausgeführt. C. beschreibt kurz den dabei beschrittenen Weg. Die Sectio caesarea vaginalis conservativa nach Dührssen wird hierauf in ihrer Technik beschrieben. Als Indikation für diese Methode gelten nach Dührssen: 1) Gefahren für die Mutter, die entspringen aus Anomalien des Collum uteri und des unteren Uterinsegmentes (Karzinom, Myom, Rigidität, Stenose, starke partielle Dehnung des unteren Uterinsegmentes); 2) Gefahrdrohende Zustände der Mutter, welche eine schleunige Entbindung notwendig machen (Erkrankungen des Herzens, der Lungen, Nieren, vorzeitige Lösung der Placenta); 3) Zustände, in denen das Leben der Mutter derart in Gefahr ist, daß man den nahen Tod derselben voraussieht. Dem Vorschlage Dührssen's, die Operation auch auszuführen an der sterbenden oder toten Mutter, statt der Sectio caesarea abdominalis, oder bei drohender Gefahr für das Kind, möchte C. nicht folgen. Überall da, wo eine sofortige Entbindung dringend indiziert ist, und eine schnelle Dilatation des Muttermundes mit den sonstigen bekannten Verfahren nicht möglich ist, hält C. das Verfahren für indiziert, vorausgesetzt, daß das Becken die Passage des Kindes erlaubt.

E. Runge (Berlin).

I.

(Aus der deutschen Universitäts-Frauenklinik Prof. v. Franqué in Prag.)

Zur Kasuistik der Harnleitersteine[1].

Von

Privatdozent Dr. **F. Schenk.**

Die Harnleitersteine entstammen teils der Niere, teils entstehen sie im Harnleiter selbst — primäre bzw. sekundäre Harnleitersteine.

---

[1] Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen. Sitzung vom 2. Mai 1906.

Die letzteren sind außerordentlich selten, sind in der Regel nicht so voluminös, daß sie zu einer vollkommenen Verlegung der Harnleiterlichtung führen würden. Die der Niere selbst entstammenden Steine können auch ohne besondere Erscheinungen den Harnleiter passieren, vorausgesetzt, daß sie klein und von glatter Oberfläche sind; ist dies nicht der Fall, so geschieht das Passieren des Harnleiters unter meist sehr heftigen kolikartigen Schmerzen.

Sind die Steine größer, so können sie im Harnleiter stecken bleiben; es kommt in diesen Fällen zu sehr schweren Symptomen, zur vollständigen Anurie, besonders dann, wenn beide Ureteren durch Steine vollständig verlegt sind oder bei einseitigem Verschluß, wenn die zweite Niere aus irgendwelchem Grunde nicht funktionsfähig ist, oder wenn es bei anscheinend gesunder Niere der anderen Seite zur sog. reflektorischen Anurie kommt.

Die Einklemmung der Harnleitersteine geschieht naturgemäß meist an den Stellen des Harnleiters, wo derselbe von Natur aus enger ist. Solche Stellen finden sich unterhalb des Nierenbeckens und oberhalb der Blaseneinmündungsstelle, wenn wir von anderen selteneren Prädilektionsstellen absehen.

Bei den Steineinklemmungen oberhalb der Blaseneinmündungsstelle unterscheidet man: Einklemmungen im paraischialen, im juxtavesikalen, im intramuralen und intravesikalen Teile des Harnleiters.

Die Diagnose der Ureterensteine kann nur bei besonders günstigen Umständen — bedeutende Größe des Konkrementes, fettarme, schlaffe Bauchdecken, genau lokalisierte Druckschmerzhaftigkeit — durch direkte Abtastung möglich sein; sitzen die Konkremente in dem unteren Teile des Harnleiters, so ist eine event. Abtastung derselben durch den Mastdarm oder durch die Scheide möglich. In einzelnen Fällen wird es gelingen, durch Sondierung des Ureters von der Blase aus die Diagnose zu stellen.

In seltenen Fällen — bei intravesikalem Sitze des Konkrementes — ist es bisher gelungen, die Diagnose auf cystoskopischem Wege zu stellen.

Ich bin in der Lage über einen derartigen Fall, den ich in der Klinik des Herrn Prof. v. Franqué zu beobachten Gelegenheit hatte, zu berichten.

Es handelt sich um eine 74jährige Witwe, welche am 15. Mai vorigen Jahres in die Klinik eingebracht wurde. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, daß Pat. vor 10 Jahren an Schmerzen in der linken Nierengegend, welche 24 Stunden dauerten, erkrankte. Nach einiger Zeit ging auf irgendwelche Manipulation — Pat. weiß sich nicht genau zu erinnern — ein bohnengroßer Stein durch die Urethra ab. Vor 4 Jahren konstatierte ein Arzt Diabetes.

Die jetzige Erkrankung datiert seit 2 Tagen; sie begann mit Erbrechen von gelben Massen und mit Schmerzen, besonders im rechten Hypochondrium; seither ist kein Tropfen Urin abgegangen.

Der konsultierte Arzt — Herr Dr. Kral — gab der Pat. eine Morphiuminjektion und ordnete die Überführung in die Klinik an.

Die äußere Untersuchung der Pat., die das Bild einer Schwerkranken darbot, ergibt außer einer leichten Druckschmerzhaftigkeit des Abdomens nichts Bemerkens-

wertes; auch die Gegend der Nieren nicht besonders druckempfindlich; stärker empfindlich ist nur die Betastung der Blase vom vorderen Scheidengewölbe aus. Der in die Urethra eingeführte Katheter füllt sich mit einer geringen Menge blutig trüber Flüssigkeit.

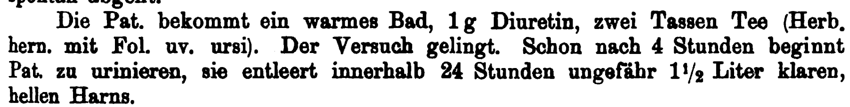
Die sofort vorgenommene cystoskopische Untersuchung bringt die volle Aufklärung des Krankheitsbildes. Es findet sich die rechte Ureterenmündung durch ein Konkrement verlegt, welches kegelförmig in die Blase vorragt; der Ureterhügel ist sehr stark ausgesprochen, das Bild ähnelt einer stark prominenten Brustwarze. (Siehe Abbildung.)





Die linke Ureterenmündung ist frei, doch sind keine Kontraktionen zu sehen. Es kann vorläufig nicht festgestellt werden, aus welcher Ursache der linke Ureter untätig ist, ob es sich vielleicht um eine Konkrementbildung in einem höheren Abschnitt des Ureters handelt oder ob die Niere überhaupt nicht funktioniert oder ob es sich um eine Reflexanurie handelt.

Es wird zunächst der Versuch gemacht, durch harntreibende Mittel die Diurese anzuregen, um auf diese Weise zu erzielen, daß der Stein spontan abgeht.



Die Pat. bekommt ein warmes Bad, 1 g Diuretin, zwei Tassen Tee (Herb. hern. mit Fol. uv. ursi). Der Versuch gelingt. Schon nach 4 Stunden beginnt Pat. zu urinieren, sie entleert innerhalb 24 Stunden ungefähr $1^1/_2$ Liter klaren, hellen Harns.

Die Untersuchung des Harnes, welche in der Klinik des Herrn Prof. v. Jaksch vorgenommen wurde, ergibt:

Harnmenge 1900 ccm.

Zuckerproben positiv.

Zucker (polarimetrisch bestimmt) 0,4%.

Harnsäure (Hopkins-Jaksch) 0,5% (etwas vermindert).

Eiweiß in minimalsten Spuren.

Im Sediment zahlreiche rote und weiße Blutkörperchen, Blasenepithelien, vereinzelte Nieren- und Nierenbeckenepithelien, keine Zylinder.

Die Harnmenge der nächsten 24 Stunden 1500 g.

Die nach 48 Stunden vorgenommene cystoskopische Untersuchung ergibt:

Die rechte Ureterenmündung ist frei, das Konkrement nirgends in der Blase zu finden. Lazerationen, wie sie in einem ähnlichen Falle Halban nach Abgang des Konkrementes sah, sind nicht vorhanden. Die Kontraktionen finden in entsprechenden Zeiträumen statt.

Es handelt sich zur Aufklärung der Anurie darum, festzustellen, ob auch der linke Ureter bzw. die linke Niere funktioniert.

Die direkte Beobachtung der Aktionen des Ureters führt zu keinem einwandsfreien Resultate. Deutliche Kontraktionen wie auf der rechten Seite sind aber jedenfalls nicht zu beobachten.

Es werden nach der Methode von Voelker und Josef 4 ccm einer 4%igen Indigokarminlösung in den Musculus glutaeus injiziert. Nach 15 Minuten wird cystoskopiert und aus dem rechten Ureter deutliche Sekretion blau gefärbten Harnes konstatiert.

Aus dem linken Ureter wird bei mehr als $^1/_4$stündiger Beobachtungsdauer keine Sekretion wahrgenommen. Nach diesem Befunde war die Möglichkeit vorhanden, daß der linke Ureter noch verlegt, oder daß die linke Niere funktionsuntüchtig war. Deshalb erschien es notwendig, die Ureteren zu katheterisieren.

Der Ureterenkatheterismus, den Herr Kollege Doberauer in der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Woelfler vornahm, ergab:

Aus dem rechten Ureter entleeren sich in 15 Minuten 30 ccm klaren, hellen Harns, aus dem linken in derselben Zeit 5 ccm einer trüben, dicken Flüssigkeit, in deren Sediment sich reichlicher Eiter findet. Die bakteriologische Untersuchung ergab Staphylokokken.

Die Röntgenuntersuchung der linken Niere auf das Vorhandensein eines Steines war negativ.

Nach 10tägigem Aufenthalt in der Klinik wird die Pat. nach Hause entlassen. Die tägliche Harnmenge ist konstant um 1500 g.

Was die Auffassung unseres Falles bezüglich der vollständigen Anurie anbelangt, so sind zwei Möglichkeiten vorhanden. Entweder war der linke Ureter durch ein höher sitzendes Konkrement verlegt, das mit dem Konkrement der anderen Seite zugleich abgegangen ist; oder, was wahrscheinlicher ist, der linke Ureter war frei und es kam trotzdem zur vollständigen Anurie. Von einer Reflexanurie können wir nicht sprechen, weil die linke Niere nicht gesund war; immerhin ist der Umstand aber auffällig, daß die Sekretion vollständig aufgehört hat, es geschah dies sicher unter dem Einfluß der Verlegung des Ureters der rechten Seite.

II.

Wieviel Zeit mufs nach der Geburt verstreichen, bis man plastische Operationen an den Genitalien ausführen darf?

Von

Albert Sippel in Frankfurt a. M.

Fritsch sagt in der 7. Auflage seines Lehrbuches »Die Krankheiten der Frauen« p. 45: »Sobald 6 Wochen nach der Geburt die Involution und der Lochialfluß zu Ende sind, kann man selbst bei stillenden Frauen die Operation ausführen. Man hat hier den Vorteil, daß die Teile noch sehr hyperämisch sind und infolgedessen leichter verheilen, freilich auch den Nachteil, daß die Haut noch weich ist, so daß sie beim Nähen leicht einreißt. Stillt die Frau nicht, so setzt man den Termin der Operation am besten nach der ersten Menstruation nach der Geburt an.« J. Veit sagt in dem von ihm herausgegebenen Handbuch der Gynäkologie 1897 p. 402: »Eine wichtige Frage nach der Zeit der Operation ist dann endlich die, ob man schon im Wochenbett operieren kann. Ich bejahe diese Frage im allgemeinen. Es ist für die Pat. angenehm, wegen des Dammrisses nicht unnütz lange an die Entbindung erinnert zu werden. Sobald die Granulationen sich überhäutet haben, nicht mehr infektiösen Eiter absondern, kann man mit Erfolg an die Operation herangehen. Im Beginne der 3. Woche nach der Entbindung, spätestens im Laufe der 4. Woche kann man mit gutem Gewissen die Operation machen, wenn alles Infektiöse aus der Vagina oder vom Damm entfernt ist.«

Ähnliche Äußerungen kann man aus der Literatur eine Menge zusammenstellen. Allgemein gilt als Norm, daß man nach 6 Wochen die Rückbildung der Genitalien als soweit fortgeschritten ansehen kann, daß plastische Eingriffe ausgeführt werden können. Soweit wie Veit, der schon im Beginne der 3. Woche operieren will, gehen nur wenige. — Zwei Beobachtungen, die ich im Laufe des letzten Jahres machte, belehrten mich, daß man gut daran tut, diese Zeitbestimmungen in uneingeschränkter Weise nicht gelten zu lassen, da man sonst in die unangenehme Lage kommen kann, derartig heftige und störende Blutungen zu erhalten, daß man die Operation unvollendet lassen muß und nur durch Tamponade der Blutung Herr wird. Meine Erfahrungen sind kurz folgende:

1) Frau S., IIpara, 26 Jahre. Letzte Geburt vor 2 Monaten. Nachgeburt durch Credé. Reaktionsloses Wochenbett. Stillt bis vor 8 Tagen. Seit der Geburt Blutungen unregelmäßiger Art. Deshalb wird die Pat. uns überwiesen. Die Frau ist etwas anämisch, aber sonst gesund. Aus dem vergrößerten, normal liegenden Uterus wird in Äthernarkose ein walnußgroßer Placentarpolyp entfernt. Reaktionsloser Verlauf. Nach 12 Tagen entlassen. Nach weiteren 16 Tagen wegen eines Dammrisses zweiten Grades wieder aufgenommen. Bei der im ganzen 3 Monate nach der Geburt vorgenommenen Plastik erwies sich das Gewebe der Scheide so eminent weich und zerreißlich, daß fast eine jede Naht beim Zuziehen einriß. Es entstand eine allgemeine, äußerst starke Blutung aus den eingerissenen Schleimhautpartien. Je mehr Umstechungen man ausführte, um so stärker wurde die Blutung, weil die Scheidenschleimhaut stets von neuem wie Zunder einriß. Es blieb nichts übrig, als durch Tamponade der Blutung Herr zu werden. Nach 8 Tagen wurde die Operation an der jetzt festeren blutleeren Schleimhaut ohne Mühe vollendet. Es erfolgte glatte Heilung per primam.

2) Frau v. B., 30 Jahre, IVpara, gesunde Frau. Vor 8 Wochen normaler Partus mit anschließendem normalen Wochenbett. Stillt ihr Kind. Da die Dame ins Ausland verziehen will, wünscht sie vorher einen alten, von der ersten Geburt her bestehenden Dammriß zweiten Grades operiert zu haben. Bei der Operation, die, wie im vorigen Falle durch einfache Anfrischung nach Hegar erfolgte, stellte sich ganz das gleiche Verhalten der Schleimhaut ein, wie dort. Sie war livid, sukkulent, hyperämisch. Die Anfrischung blutete verhältnismäßig nicht stark. Bei der Naht aber traten die gleichen Zerreißungen der Scheidenschleimhaut ein, wie im ersten Falle. Dabei waren nicht etwa größere Spannungszustände zu überwinden, welche ein besonders starkes Anziehen der Suturen nötig gemacht hätten. Aus allen eingerissenen Stichkanälen blutete es intensiv. Umstechungen rissen ebenfalls ein und verstärkten die Blutungen noch. Das gleiche geschah bei dem Versuch, durch eingelegte Klemmen der Blutung Herr zu werden. Wie im vorigen Falle, so erfolgte auch hier die stärkste Blutung aus den auch normalerweise besonders stark vaskularisierten beiden seitlichen unteren Ecken der Schleimhaut. — Es blieb uns nichts übrig, als den letzten Rest der Anfrischung unvereinigt zu lassen und durch Tamponade die Blutung zu stillen, um später die Operation zu vollenden.

Vorstehende zwei Beobachtungen geben mir die Lehre, mit der Ausführung von plastischen Operationen nach der Geburt doch bezüglich der abzuwartenden Zeit recht vorsichtig zu sein und nicht mehr den allgemein als richtig angenommenen Termin von 6 Wochen uneingeschränkt gelten zu lassen. Bei vielen Hunderten von Plastiken ist mir etwas

ähnliches, wie das Geschilderte, nie begegnet. Ich muß den Zustand der Schleimhaut in ätiologischen Zusammenhang mit der Schwangerschaft bringen. Im ersten Falle wäre wohl eine Störung in den Rückbildungsvorgängen der Scheidenschleimhaut verständlich, insofern die Frau 2 Monate lang einen Placentarpolyp mit sich trug. Freilich wurde die Plastik erst 4 Wochen nach dessen Entfernung ausgeführt, eben aus Vorsicht, um die Involution der Teile erst vollständig werden zu lassen. — Im zweiten Falle bestand jedoch gar keine Komplikation, welche das Beharren der Vaginalschleimhaut auf diesem sukkulenten hyperämischen Zustande hätte erklären können. Das Stillen zu beschuldigen geht wohl nicht gut an, weil dies normalerweise die Rückbildung der Genitalien fördert. — Wir müssen eben annehmen, daß unter uns unbekannten Umständen die Vaginalschleimhaut nach der Geburt längere Zeit hindurch als gewöhnlich auf dem Zustand unvollkommener Festigung und stärkerer Blutdurchtränkung verharren kann, welche dann zu solchen unangenehmen Ereignissen zu führen vermögen, wie die geschilderten. Deshalb werden wir uns in Zukunft in jedem einzelnen Falle von Plastik nach dem Wochenbette die Scheidenschleimhaut genau auf ihren Zustand ansehen. Finden wir sie noch in stark hyperämischem, aufgelockertem Zustande, so werden wir den Eingriff hinausschieben und event. durch adstringierende Behandlung die Schleimhaut vorzubereiten suchen.

Auch Fritsch scheint ähnliches beobachtet zu haben, wie aus seinem Hinweis auf das leichte Einreißen der hyperämischen Schleimhaut hervorgeht. Da er jedoch gleichwohl die Operation dabei empfiehlt, sind ihm sicher nie solche heftige und allgemeine Blutungen aus den eingerissenen Stichkanälen begegnet, wie uns, die in der Tat nur durch Tamponade zu beherrschen waren.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris.

Paris, **G. Steinheil**, 1906.

Sitzung vom 12. Februar 1906.

Fruhinsholz: Über wiederholten Kaiserschnitt bei derselben Frau, insbesondere über utero-parietale Verwachsungen und über die Prognose für das Kind.

Die Beobachtung einer dreimal mit Erfolg caesareotomierten Frau, bei der sich außerordentlich ausgedehnte Verwachsungen vorfanden, und die 1 Jahr nach dem letzten Kaiserschnitt einen Abort durchmachte, gibt dem Verf. Veranlassung, die Frage der Bedeutung der peritonealen Verwachsungen zu erörtern. Zunächst weist er auf die auffallende Erscheinung hin, daß das Gewicht der drei durch Kaiserschnitt entwickelten Kinder sukzessiv abgenommen hatte (2980 — 2700 — 1800 g), und zwar dadurch, daß bei der ersten und zweiten Wiederholung des Kaiserschnittes wegen vorzeitigen Beginnes der Geburt die Operation schon mehrere Wochen ante terminum ausgeführt werden mußte. Die nun folgende Schwangerschaft hatte sogar schon im 5. Monat ihr Ende gefunden. Diese Tatsachen legten dem Verf. den Gedanken nahe, ob nicht die bei den Operationen vorgefundenen ausgedehnten Verwachsungen die Ursache für die vorzeitige Unterbrechung der

Schwangerschaft abgegeben hätten — eine Frage, die für die Berechtigung des wiederholten konservativen Kaiserschnittes von der größten Bedeutung ist. Eine Durchsicht der Literatur ergab nun, daß fast alle dort niedergelegten Fälle (52) das umgekehrte Resultat als die Beobachtung des Verf.s zeigten. Das Durchschnittsgewicht der von einem zweiten Kaiserschnitte stammenden Kinder war größer als das der vorangegangenen, wenn Verwachsungen fehlten, ungefähr gleich, wenn solche vorhanden waren. Bei den Kindern eines dritten Kaiserschnittes konnte sogar bei beiden Kategorien eine erhebliche Gewichtszunahme festgestellt werden (2822 : 2675 g).

In zweiter Linie erörtert Vortr. die Frage, inwieweit ein Uterus mit zwei oder drei Narben einer weiteren Geburtsarbeit gewachsen, und wie groß die Gefahr des Eintrittes eines Abortes sei. Die Durchsicht der publizierten einschlägigen Fälle ergab nun, daß das Eintreten eines Abortes nur wenige Male verzeichnet, und daß der Verlauf stets ein ungestörter war. Obgleich sich ferner Verwachsungen des Uterus mit dem Peritoneum ziemlich häufig, nämlich in 33 von 52 Fällen, fanden, wurden durch diese nur höchst selten eine frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft oder ein ungünstiger Geburtsverlauf bewirkt. Es ergibt sich hieraus, daß die Schlüsse, die aus der Beobachtung des Verf.s gezogen werden können, jedenfalls nicht verallgemeinert werden dürfen.

Diskussion über den Vortrag: »Frühdiagnose und Therapie des Uteruskarzinoms« (Fortsetzung und Schluß).

Routier hat auch die eigentümliche Beobachtung gemacht, daß die kleinen, scheinbar ganz im Beginne befindlichen Karzinome der Cervix die wenigst guten Resultate geben.

Doléris weist nochmals nachdrücklichst darauf hin, daß eine Blutung in der Menopause stets für Tumor verdächtig ist und unter allen Umständen eine genaue Erforschung der Ursache erfordert. Es gibt jedoch seltene Fälle, in denen auch die exakteste Probeausschabung nicht zum Ziele führt.

Siredy ist auch der Ansicht, daß eine Curettage meist frühzeitig ein Korpuskarzinom entdecken läßt, wenn sie beizeiten ausgeführt wird, und daß sie bei Blutungen nach der Menopause ohne bekannte Ursache niemals zu unterlassen ist.

Richelot wendet sich energisch gegen Routier, der mehrere ältere Pat. wegen Blutungen längere Zeit behandelte, ohne die Ursache der Blutungen festzustellen. Es gibt ganz seltene Fälle von Blutungen, die in Begleitung anderer Erkrankungen, z. B. einer Lebercirrhose, auftreten, die jedoch nicht das Recht geben, von der Regel, bei Blutung im Klimakterium nach dem so oft vorhandenen Karzinom zu forschen, abzuweichen.

Segond mißt der Probecurettage und der mikroskopischen Diagnose nicht die gleiche Bedeutung bei wie die Vorredner. Er glaubt, daß da Irrtümer vorkommen; er hat selbst einen derartigen Fall erlebt.

Betreffs des Operationsverfahrens ist S. der Ansicht, daß das Drüsensuchen illusorisch und zuweilen gefährlich ist. Er ist infolgedessen noch Anhänger der vaginalen Verfahren und operiert nur Fälle, in denen der Uterus »vollständig beweglich« ist.

Pozzi stellt den Satz auf: Je kleiner das Karzinom, um so ausgedehnter die Operation. Er operiert auch nur bei beweglichem Uterus.

Doléris berichtet schließlich noch über eine Reihe von Fällen, die zeigen, wie schwierig zuweilen die Diagnose, wie verschieden die Prognose und wie unsicher die Therapie sein könne.

Richelot kommt endlich noch einmal auf die Fälle von Blutung im Verlauf einer Allgemeinerkrankung, wie Diabetes, Lebercirrhose usw. (Epistaxis utérine), zu sprechen. Er hat nur einen einzigen derartigen Fall beobachtet, will aber zugeben — jedoch nur »entre nous« und nicht vor dem allgemeinen Forum aller Ärzte! —, daß diese Fälle vielleicht häufiger vorkommen, als man im allgemeinen annimmt.

Sitzung vom 12. März 1906.

Le Lorier: Vorzeitige Lösung der Placenta. Tod des Fötus. Rigidität der Cervix. Lebensgefährliche innere Blutung bei tetanischer Kontraktion des Uterus. Konservativer Kaiserschnitt. Heilung.

Das Wesentlichste des Falles ist aus der Überschrift zu ersehen. Auf vaginalem Wege wäre wohl der gleiche Erfolg in ungefährlicherer Weise erzielt worden.

Couvelaire: Ruptur einer alten Kaiserschnittswunde am Ende der Schwangerschaft, kompliziert mit Hydramnios.

Erste Schwangerschaft: Kaiserschnitt, lebendes Kind.

Zweite Schwangerschaft: Abort im 2. Monate.

Dritte Schwangerschaft: Uterusruptur im 9. Monate. Porro. Heilung.

Die histologische Untersuchung der Kaiserschnittsnarbe — insoweit sie nicht rupturiert war — zeigt fast einen vollkommenen Schwund der Muskulatur; es fand sich eigentlich nur Peritoneum und Decidua. Der Riß selbst lag am Rande der alten Narbe und im Bereiche der Placentarstelle.

Im Anschluß an diese Beobachtung stellt Vortr. acht analoge Fälle aus der Literatur zusammen. Das Studium dieser ergibt, daß drei Faktoren für das Zustandekommen einer Ruptur vor allem maßgebend sind: die anatomische Beschaffenheit der Narbe, die Ausdehnung des Uterus und endlich die Insertion der Placenta in der Gegend der Narbe. Die erhebliche Verdünnung der Uteruswand an der Stelle der Narbe ist in mehreren der beschriebenen Fälle besonders hervorgehoben. Was den zweiten Punkt anlangt, so trat die Ruptur stets in den beiden letzten Monaten der Gravidität ein; einmal wurde die Ausdehnung des Uterus durch Zwillinge und ein anderes Mal durch Hydramnios ad maximum gesteigert. Über die Bedeutung des dritten Punktes, der Lage der Placentarstelle, sind die Meinungen verschieden. Immerhin befand sich von sechs Fällen, in denen der Sitz der Placenta angegeben war, dieser fünfmal in der Gegend der Narbe.

Zu erwähnen ist schließlich noch die relative Seltenheit des besprochenen Vorkommnisses. Nach einer Statistik von v. Leuwen (1904) kamen auf 183 Fälle vier Rupturen (ca. 2%). Hierzu kommen fünf neuere Beobachtungen. Dies ergibt neun Fälle von Ruptur für einen Zeitraum von 20 Jahren. In der Tat ist jedoch die Gefahr einer Ruptur eine größere. Konnte doch in einer größeren Zahl von Fällen bei einem zweiten Kaiserschnitte der vollkommene oder fast vollkommene Schwund des Narbengewebes (bis zu Papierdünne!) festgestellt werden (20 Fälle in der Statistik v. Leuwen's).

Hieraus folgt, daß eine schwangere Frau, bei der früher ein Kaiserschnitt ausgeführt worden ist, unbedingt die letzte Zeit der Gravidität unter ständiger Aufsicht, d. h. in einer Klinik, sein muß. Es ergibt sich weiter, daß die Technik der Uterusnaht eine sehr sorgfältige sein muß; eine dreifache Etagennaht hält Vortr. für das geeignetste Verfahren. Was die Behandlung des Uterus bei der erneuten Laparotomie angeht, so ist in einigen Fällen mit gutem (augenblicklichen!) Erfolge konservativ verfahren worden. Dennoch glaubt der Verf., daß die Porro'sche Operation die Operation der Wahl sein müsse. Nur sie erfülle die zwei notwendigerweise zu stellenden Bedingungen: Schnellste Blutstillung und Verhütung einer weiteren Ruptur. **Engelmann jun.** (Dortmund).

Neueste Literatur.

2) Französische Dissertationen.

1) G. Lachèze (Paris 1905). De l'eau de mer et du sérum arteficiel chez le nouveau-né.

Bei angeborener Schwäche von frühzeitig Geborenen und gastrointestinalen Störungen bei Säuglingen, sowie in allen Fällen, wo die Lebensfähigkeit des Kindes

abgeschwächt wird durch eine akute, z. B. eine bronchopneumonische Infektion, übt die Verabreichung von subkutanen Injektionen von Kochsalzlösung eine gute Wirkung aus. Ein vorzüglicher Ersatz für dieselben ist das Meerwasser. Dasselbe wird bei ruhigem Wetter in 10 m Tiefe geschöpft, isotonisch gemacht durch die Hinzufügung von $^2/_3$ Quellwasser und kalt sterilisiert mit dem Filter Chamberland's. Man injiziert 5—20 ccm, je nach dem Alter des Kindes, und erneuert die Injektion alle 3 Tage.

2) C. Renouf (Paris 1905). La crise génitale et les manifestations connexes chez le foetus et le nouveau-né.

Es besteht beim Fötus gegen Ende des intra-uterinen Lebens und beim Neugeborenen in den ersten Tagen nach der Geburt eine genitale Krise, die von Manifestationen begleitet ist, wie sie zur Zeit der Pubertät beim Erwachsenen auftreten. Das Ovar des Neugeborenen zeigt häufig eine Gewichtsvermehrung; man findet manchmal bei der Autopsie von Kindern, die gegen den 10. Tag verstorben sind, entwickelte Graaf'sche Follikel, der Uterus ist oft hyperämisch, die uterine Kongestion zeigt sich durch Blutungen von kurzer Dauer, selten vor dem 5. und nach dem 10. Tag, an. Die anatomischen Veränderungen der Schleimhaut des Corpus uteri gleichen in histologischer Beziehung jenen, welche die Schleimhaut der erwachsenen Frau während der Menstruation aufweist. Der Testikel ist wahrscheinlich der Sitz von epithelialen Veränderungen, analog jenen, welche in den Ovarien beobachtet werden. Die Hydrokele der Neugeborenen scheint eine Folge dieser Veränderungen und ist jener, die in der Pubertät auftritt, vergleichbar. Die Prostata erleidet eine Gewichtsvermehrung mit liquider Sekretion.

Bei beiden Geschlechtern werden diese genitalen Phänomene von einer intensiven Reaktion der Brustdrüsen begleitet, mit Milchsekretion, die denselben Charakter wie bei der Frau aufweist.

Die Haarentwicklung reagiert ebenfalls sehr stark, und es erscheint ein Lanugo, welcher an die Haarentwicklung des Erwachsenen bei der Pubertät erinnert. Die Talgdrüsen, welche in Tätigkeit treten, tragen zur Bildung der Vernix caseosa bei; diese Drüsen erinnern durch ihre Disposition an die Akne der Pubertät.

Alle diese Phänomene hören innerhalb 2—3 Monaten auf. Die Drüsen erleiden eine Involution und beginnen ihre Tätigkeit erst wieder im Momente der Pubertät. Man kennt die Ursache dieser genitalen Krise nicht, man denkt, daß sie chemischen Substanzen zuzuschreiben ist, welche durch die Placenta gebildet werden, analog den Produkten der inneren Sekretion der Ovarien und des Testikels. Diese Erklärung ist zwar plausibel, aber doch nur eine Hypothese.

3) G. Lepage (Paris 1905). Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le carbure de calcium.

In den Fällen von inoperablem Uteruskarzinom ist die beste Palliativbehandlung die Verabreichung von Kalziumkarbid. Dasselbe ist ganz gefahrlos, da seine Bestandteile nicht giftig sind, und vermindert die Blutungen, den fötiden Geruch und die Schmerzen. Die Fernresultate sind dabei die gleichen wie bei der Curettage, gefolgt von Kauterisation, ja es ist nach Ansicht des Verf.s der letzteren sogar vorzuziehen, da man dazu weder einer Anästhesie, noch einer Assistenz bedarf.

4) L. Ycard (Paris 1905). De l'étiologie des fibro-myomes de l'utérus, en particulier chez les femmes multipares.

Die Heredität scheint die Frau für die Entwicklung der Fibromyome des Uterus zu prädisponieren. Dieselben erscheinen niemals vor der Pubertät, niemals nach der Menopause, sondern immer während des vollen Geschlechtslebens der Frau, am meisten zwischen 30 und 45 Jahren. Man findet sie am häufigsten bei sterilen Frauen, seien es nun Jungfrauen oder nicht, und bei alten Erstgebärenden, seltener bei Oftgebärenden; am häufigsten bei Primiparen, die 30 oder mehr Jahre alt sind; sie sind bei ihnen die Folge der primären Sterilität. Erscheinen sie bei Multiparen, so ist daran schuld: 1) die primäre Sterilität, 2) die sekundäre Sterilität, 3) die Befruchtung, die zwar von einer ausgetragenen Schwangerschaft, aber nicht von Stillen gefolgt ist, 4) eine Befruchtung, die mit Frühgeburt endigt.

Die beste Prophylaxe besteht: 1) in der frühzeitigen Befruchtung (vor 25 Jahren), die von nicht zu weit voneinander entfernten Befruchtungen — höchstens alle 5 Jahre — gefolgt ist, 2) im Stillen nach jeder Schwangerschaft.

5) L. Delacour (Paris 1905). Indications, contreindications et accidents de la version par manoeuvres externes.

Die einzig absolute Indikation für die Wendung durch äußere Handgriffe ist die Schulterlage. Gesichts- und Steißlagen, Hydrocephalus, fehlerhaftes Becken, Fibrome und seltener Placenta praevia können die Operation ebenfalls indizieren. Zu befürchten sind bei der Wendung die Ablösung der Placenta, der Tod des Fötus durch Umschlingung der Nabelschnur oder zerebrale Blutung, frühzeitiges Hervorrufen der Wehen. Gegenindiziert wird die Wendung: von seiten des Fötus und seiner Annexe durch dessen Tod, die Kürze der Nabelschnur, Zwillingsschwangerschaft, geringe Fruchtwassermenge, Riß der Eihäute; von seiten der Mutter durch Tetanie des Uterus, uterine Mißbildungen, Uterusruptur.

6) G. Vitry (Paris 1905). Étude sur la physiologie de la nourrice, en particulier au point de vue de sa résistance aux maladies.

Die Laktation zieht in der normalen Physiologie der Amme eine gewisse Anzahl von Veränderungen nach sich. Dieselben zeigen sich hauptsächlich in der Leber; man findet in derselben eine Fettüberladung, und die verschiedenen Funktionen derselben sind alteriert. Andere Veränderungen zeigen sich im Blute durch eine leichte Veränderung der roten Blutkörperchen. Eine andere wichtige Veränderung ist die Laktosurie, die eine Vermehrung des Zuckers im Blute mit sich bringt. Die allgemeine Ernährung ist gewöhnlich verlangsamt. Phosphate werden in sehr großer Menge ausgeschieden. Die Alkalität des Blutes ist vermindert. Ein derart veränderter Organismus wird daher selbstverständlich den Krankheitserregern einen geringeren Widerstand entgegensetzen; derselbe scheint daher der puerperalen Infektion, der Diphtherie, dem Sumpffieber und der Pneumonie zugänglicher zu sein. Das Erscheinen der Tuberkulose wird durch die Laktation bei dazu geneigten Individuen begünstigt, sowie bei davon schon leicht betroffenen beschleunigt.

7) E. J. Christin (Paris 1905). Albuminurie et menstruation.

Neben den sog. physiologischen Albuminurien kommen solche vor bei Frauen mit unregelmäßiger Menstruation, die der Wirkung von Toxinen zuzuschreiben sind, welche durch die Eierstocksdrüse mit anormaler Entwicklung ausgeschieden werden. Ferner solche bei Frauen mit regelmäßiger Menstruation, welche an einer, wenn auch ganz leichten Nierenerkrankung leiden. In diesem Falle besteht eine reflektorische renale Kongestion, welche vom Ovar ausgeht. In den beiden Fällen von toxischer und kongestiver Albuminurie kann das Endglied die Bright'sche Krankheit sein.

8) G. Gallimard (Paris 1905). De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué.

Die künstliche Frühgeburt ist eine Operation, welche die besten Resultate ergibt. Die kindliche Mortalität ist seit dem Jahre 1891 in der Klinik Pinard's von 33% auf 15,6% heruntergegangen. Diese Mortalität ist die gleiche, welche die Symphyseotomie ergibt, aber mit dem Unterschiede, daß, gegenüber der großen Gefahr, welcher die letztere Operation die Mutter aussetzt, die mütterliche Sterblichkeit bei ersterer 0% ist. Gegenüber dem Vorwurfe, daß die Kinder schwächlich seien, ergibt die Statistik des Verf.s nur einen Prozentsatz von 11,11 von schwachen Kindern. Da man dank der äußeren Kephalometrie die Unterbrechung der Schwangerschaft so weit wie möglich hinausrücken kann, werden viele Kinder mit einem Gewichte von 2500—3000 g geboren. 1/3 überstieg sogar 3000 g. In der Hälfte der Fälle ging die Geburt spontan vor sich. Daß die Frühgeburt einen Einfluß auf die geistige Entwicklung des Kindes haben soll, widerstreitet der Verf. In allen Fällen, wo solcher vorhanden war, waren die Eltern Alkoholiker oder Syphilitiker.

9) H. Joux (Paris 1905). Recherches anatomiques sur la propagation et la généralisation dans le cancer de l'utérus.

Der Verf. unterscheidet drei Arten von Epitheliomen des Uterus, das aus Platten-, das aus Zylinderepithel und das Karzinom, das unabhängig von deren Lokalisation entsteht. Der Krebs der cervicalen Höhle ist selten, Verf. hat nur einige isolierte Fälle davon gesehen. Der Krebs des vaginalen Teiles bildet den Hauptteil der vorliegenden Arbeit; die ulzeröse Form ist viel häufiger wie die vegetierende, und die lokalen Störungen, welche die erstere verursacht, sind viel heftiger wie die der zweiten. Die Metastasenbildung in den Drüsen ist viel häufiger wie die in den Organen; von diesen scheint die Leber das empfindlichste zu sein. Die Verbreitung geht meistens in den muskulösen Organen vor sich, und zwar durch diffuse Infiltration in die vesikale, vaginale und rektale Wand.

10) B. Hernandez (Paris 1905). Dyspepsie hyposthénique de la puberté.

Der Zustand der geringeren Widerstandsfähigkeit, welcher die Periode der Pubertät charakterisiert, zeitigt sehr häufig Verdauungsstörungen. Diese Störungen haben meistens einen sehr ausgesprochenen hyposthenischen Charakter und zeigen die Symptome der atonischen Dyspepsie, welche man auch nervöse Dyspepsie heißt (nach Leube). Die Insuffizienz der Motilität des Magens und der Mangel der Magensensibilität stehen oft in Beziehung zu einem hereditären neuropathischen Zustande, welcher in der Kindheit latent bleibt und im Momente der Pubertät in Erscheinung tritt. Zu rasche Entwicklung, zu schnelles Wachstum, die Erscheinung der ersten Regel bei jungen Mädchen und eine Intoxikation genitalen Ursprunges durch ovarielle Insuffizienz in den Fällen, wo die Regel schwer eintritt, sind die häufigsten Ursachen der Verdauungsstörungen. Die hyposthenische Dyspepsie hat eine leichte, gutartige, eine schmerzhafte und eine schwere Form. Durch eine gut durchgeführte Hygiene, welche man schon von frühester Kindheit an beobachtet, bleiben die Kinder von der Erkrankung verschont. Wenn dieselbe dennoch zum Vorscheine kommt, so ist die Diät die beste Therapie, von Medikamenten wird abgeraten.

11) H. Arnal (Paris 1905). Contribution à l'étude de l'utérus sénile.

Mit dem Alter nimmt das Gewicht des Uterus stetig ab, so daß es bei sehr hohen Lebensjahren auf ein paar Gramm reduziert ist. Ein im Alter noch relativ großes Gewicht des Uterus ist alten, chronischen, hypertrophischen Metritiden zuzuschreiben.

Die Uterushöhle ist frei und in ihrer ganzen Höhe reduziert. Man kann bei sehr hohem Alter eine Obliteration der Korpushöhle finden, welche jedoch einer ulzerösen Metritis zuzuschreiben ist. Die uterine Schleimhaut erleidet eine beträchtliche Atrophie und zeigt auf ihrer Oberfläche eine Zahl von durchsichtigen Blasen. Manchmal findet man auch Blutflecken. Dieselben sind einerseits Zirkulationsstörungen zuzuschreiben, die durch Gefäßveränderungen hervorgerufen werden, andererseits Lungenkongestionen, an denen die meisten Individuen gestorben sind. Die Drüsen haben fast immer ihren Exkretionskanal verloren. Die Gefäße der Uteruswand zeigen fast ausnahmslos eine obliterierende Endarteriitis und sind verkalkt. Die Atrophie des Halses folgt jener des Korpus.

Die senile Endometritis besteht viel seltener als man glaubt. Sie wird oft mit einer einfachen Hämorrhagie der Korpusschleimhaut verwechselt, welche Gefäßstörungen zuzuschreiben ist. — Einige sehr gute farbige makro- und mikroskopische Bilder illustrieren die fleißige Arbeit.

12) J. Delespine (Paris 1905). Métrorrhagies et affections annexielles.

Uterine Hämorrhagien sind sehr häufig bei adnexiellen Erkrankungen. Dieselben sind unabhängig von jeder Erkrankung des Uterus, sie können auch auftreten, wenn derselbe vollkommen gesund ist. Sie haben meistens die Form von Menorrhagien, manchmal auch die von Metrorrhagien. Man findet dieses Symptom am häufigsten: 1) bei neoplastischen Erkrankungen (solide Tumoren, Sarkom des Ovars); 2) bei Entzündungen (den cystischen Salpingoovaritiden, Hämatosalpinx,

Pyosalpinx). Die Hämorrhagien sind ständig vorhanden bei periuteriner Hämatokele. Einen besonderen diagnostischen Wert haben sie bei der sklerocystischen Ovaritis, wo sie neben dem Schmerz das Hauptsymptom bilden.

13) F. Gallard (Paris 1905). Contribution à l'étude des indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.

Die Hauptindikation zur vaginalen Hysterektomie ist der beginnende Krebs des Uterushalses; ferner soll man sie anwenden bei gewissen Fällen von schmerzhafter oder hämorrhagischer Metritis und uteriner Sklerose, die jeder sonstigen Therapie widersteht. Bei großen Genitalprolapsen ist sie indiziert, wenn die Schwierigkeit der Reduktion des Uterus ein Hindernis bildet für die Rekonstruktion des Dammes; ferner bei uteriner Inversion, wenn dieselbe durch ein manuelles Verfahren noch reduziert werden kann oder Blutungen und Gangrän drohen; ferner bei Septikämie puerperalen Ursprunges, wobei der Uterus abgetragen werden muß. Bei annexiellen Eiterungen und Fibromen ist sie zu verwerfen.

14) H. Pujos (Paris 1905). De l'examen systématique et de l'ablation de l'appendice au cours des laparotomies.

Verf. tritt dafür ein, daß bei jeder Laparotomie die Appendix als ein gänzlich überflüssiges und die Pat. event. später durch eine Erkrankung bedrohendes Organ entfernt werden soll.

15) L. Lagleize (Paris 1905). Des injections intracervicales d'eau à 50 degrés pendant le travail.

Wenn die Zusammenziehungen des Uterus schwach sind, so können sie durch intra-uterine Injektionen von 50° heißem Wasser stärker und anhaltender gemacht werden. Die Dauer der Dilatationsperiode wird dadurch vermindert, die Austreibungsperiode und die der Nachgeburt abgekürzt.

16) J. Carnus (Paris 1905). Etude comparative des divers traitements de l'infection puerpérale.

Ist die Infektion lokalisiert auf das Endometrium, so sollen intra-uterine Injektionen, Auswischung, Curettage und Drainage des Uterus angewendet werden. Ist die Infektion auf die Substanz des Uterus übergegangen, so soll man immer mit der Curettage anfangen; oft genügt dieselbe nicht mehr, dann ist die Hysterektomie am Platz, und zwar in folgenden Fällen: a. bei Placentarretention, wenn es der Curettage nicht gelingt, die Nachgeburt loszulösen; b. bei einer Infektion, die mit Zerreißung oder Perforation des Uterus kombiniert ist; c. bei Abszessen des Uterus; d. bei großen Beckeneiterungen. Die Hysterektomie soll stets auf abdominalem Weg ausgeführt werden. Nimmt die Infektion das Parametrium ein, und bleibt dort lokalisiert, so soll die Kolpotomie vorgenommen werden; hat die Infektion das Peritoneum ergriffen, so soll die Laparotomie, gefolgt von Ausspülungen des Peritoneums und Drainage durch den Bauch und die Vagina, erfolgen.

17) J. Psyrache (Paris 1905). Des tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille.

Maligne Tumoren der Vagina und Vulva bei kleinen Mädchen kommen in den ersten 2 Lebensjahren vor. Es handelt sich meistens um Sarkome, und deren Hauptsymptome sind: die Erscheinung des Tumors selbst, hämorrhagischer oder purulenter Ausfluß, der Schmerz und Druckphänomene auf das Rektum und hauptsächlich auf die Blase. Die Entwicklung ist schnell und das Rezidiv die Regel. Der Verf. rät nach der Abtragung energische Anwendung der Radiotherapie an.

18) J. le Glay (Paris 1905). De l'occlusion intestinale consécutive à la position de Trendelenburg.

Die Beckenhochlagerung hat neben ihren großen Vorteilen auch verschiedene Nachteile, z. B. die Komplikation von Herz- und Lungenstasen, besonders bei dicken Leuten. Die intestinale Okklusion kann sich nach einer Operation aus dem Umstande der Beckenhochlagerung allein entwickeln. Ihr Mechanismus ist verschieden, manchmal entsteht Torsion, manchmal Knickung. Die einzige Therapie ist die Relaparotomie.

19) L. Renaut (Paris 1905). De la transmission de la syphilis par l'allaitement au point de vue juridique et déontologique.

Pinard beklagt den Umstand, daß eine gesunde Amme, die von einem syphilitischen Kind infiziert wurde, sehr geringe Aussichten hat, materielle Entschädigung zu erhalten. Der Verf. empfiehlt daher, daß jeder Arzt ein Zertifikat ausstellt, in dem er erklärt, er könne nicht wissen, ob das Kind, das gegenwärtig gesund scheine, wirklich nicht syphilitisch infiziert sei.

20) M. Moreau (Paris 1905). Des essais de traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes de l'ovaire.

Unter den Störungen, welche die doppelte Kastration bei der Frau nach sich ziehen, kann man ein Symptom der Unterdrückung der Menstruation zuschreiben, aber die meisten scheinen aus der Vernichtung der ovariellen Funktionen zu entstehen. Die Verpflanzung des Ovars bei den Tieren ist oft von Wiederherstellung der Lebensfähigkeit des Organes begleitet. Das interstitielle Gewebe des verpflanzten Ovars kann sich nach einiger Zeit regenerieren und sein normales Aussehen wieder annehmen. Die wenigen Versuche bei Frauen haben bis jetzt gute Resultate gezeitigt, weshalb der Verf. dazu rät, das Mittel öfter anzuwenden.

21) J. Inda (Paris 1905). Des dangers de la suralimentation chez le nourisson.

Die Überernährung beim Säuglinge kann ebensowohl bei der Ernährung an der Brust, wie bei künstlicher Ernährung vorkommen. Ihre Symptome sind: Erbrechen, Verstopfung und Diarrhöe. Die Folgen der Überernährung sind: zuerst Gastroenteritis und Dyspepsie, später Rachitis und chronische Enteritis.

22) L. Girard (Paris 1905). Des tumeurs extra-inguinales du ligament rond.

Die Pathogenie dieser Tumoren ist, wie die der Uterusfibrome, sehr dunkel. Man kann sie mit gewissen Erkrankungen verwechseln, z. B. mit Ovarialhernie oder unreduzierbarer Netzhernie. Ihre Entwicklung ist im allgemeinen langsam, die beste Therapie ist ihre Exstirpation.

23) Mlle. L. Mayer (Paris 1905). Spasme idiopathique de la glotte d'origine gastro-intestinale chez les nourrissons.

Zur Frage der Beziehung zwischen Rachitis und Spasmen der Glottis ist zu bemerken: Allgemeine Konvulsionen (Eklampsie) oder lokale (Spasmen der Glottis) sind ziemlich häufig bei rachitischen Kindern, die nervös erblich belastet sind. Die Rachitis kann durch sich selbst, durch ihre Knochenveränderungen, auch wenn diese den Kopf erreichen, die Erklärung der Krämpfe nicht geben, dieselbe ist in den Verdauungsstörungen zu suchen, welche der Rachitis vorausgegangen sind oder dieselbe begleiten. Die Spasmen entstehen aus einer Autointoxikation, deren Quelle der Verdauungsapparat ist.

24) A. Mathez (Paris 1905). Des résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col de l'utérus.

Die Stomatoplastik durch teilweise Abtragung der Kommissuren des Halses gibt dem Orificium desselben seine Durchgängigkeit wieder und hält die Schleimhaut intakt. Sie zieht nicht, wie so viele ähnliche Operationen, die postoperative Stenose nach sich, und bringt Dysmenorrhöe und Metritis schnell zum Verschwinden. Auch können die Operierten gravid werden. Jedoch ist zu bemerken daß die Methode nur wirksam ist, wenn man sie einzig gegen die Stenose des Muttermundes gebraucht. Sie ist nicht angebracht, wenn die Stenose von schweren Adnexerkrankungen, Entzündungen oder ovarieller Stenose begleitet ist. Die Pat. sollen daher in bezug auf ihre ovariellen Funktionen genau untersucht werden, denn wenn die Ovarien ernstlich erkrankt sind, so darf die vorliegende Operation keinesfalls ausgeführt werden, da sie schlechte Fernresultate ergibt.

25) R. de Paoli (Paris 1905). Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse.

Die membranöse Dysmenorrhöe entsteht aus einer Steigerung der uterinen Kongestion, verbunden mit einer besonderen Brüchigkeit der Schleimhaut, die meistens einer gleichzeitig bestehenden Endometritis zuzuschreiben ist. Die Be-

handlung besteht in Curettage, verbunden mit Stomatoplastik, wenn eine Stenose des Halses vorhanden ist.

26) E. Favre-Thomas (Paris 1905). Tuberculose et puerpéralité.

Nach Ansicht des Verf.s wird die Tuberkulose durch die Schwangerschaft nicht verschlimmert, sie bleibt stationär, ja kann sogar ausheilen. Die künstliche Frühgeburt hat auf die Besserung keinen Einfluß, ja kann der Mutter sogar schädlich sein. Man soll die Schwangerschaft also sich weiter entwickeln lassen, welches auch der Lungenbefund sei, das Allgemeinbefinden durch Überernährung unterstützen, die Austreibungsperiode abkürzen und das Stillen verkürzen. Die künstliche Frühgeburt habe keine Indikation.

27) L. Nonique (Paris 1905). Sclérose rétractile ecchymotique de l'anneau vulvaire; Kraurosis vulvae.

Die Kraurosis vulvae ist eine Krankheit, die charakterisiert ist durch eine progressive atrophische Retraktion der äußeren Genitalorgane der Frau. Es ist dies eine seltene Erkrankung meistens entzündlichen Ursprunges, deren Manifestationen sich auf die Vulva beschränken. Sie hat keinen luetischen Ursprung; vaginaler Ausfluß und operatives Trauma, das auf die inneren Genitalorgane ausgeübt wurde, scheinen eine gewisse Rolle zu spielen.

28) G. Emanaud (Paris 1905). De la rétention placentaire méconnue.

Wenn bei einer Frau hartnäckige Blutungen vorhanden sind, soll man stets an Placentarretention denken, selbst wenn keine Frühgeburt zugestanden wird. Jeder andere therapeutische Eingriff als die Auskratzung des Uterus ist unnütz.

29) J. David (Paris 1905). Du traitement des vaginites par le Thigénol.

Die Behandlung der Vaginitis durch Thigenol hat vor anderen Methoden den Vorzug, daß es schneller wirkt, nicht toxisch ist, fast nicht riecht und niemals kontraindiziert ist.

30) É. Quédec (Paris 1905). Des rapports entre les infections maternelles et les infections infantiles pendant les suites de couches.

Es besteht sichtlich eine Beziehung zwischen kindlicher und mütterlicher Infektion. So kann die Coryza oder Ophthalmie des Kindes Mammainfektion der Amme hervorrufen, ebenso kann die Brustentzündung der Mutter Gastroenteritis, Staphylokokkie und zahlreiche Abszesse beim Säuglinge verursachen. Gewisse Infektionen des Kindes, wie Umbilikalerysipel, können die Ursache genitaler Erkrankung der Mutter werden. Man soll also jedes erkrankte Kind und jede kranke Mutter voneinander trennen, selbst wenn die Symptome anscheinend gutartig sind. Besonders gilt diese Forderung auch für die Entbindungsanstalten.

31) Mlle. C. Massey-Crosse (Paris 1905). De quelques éléments de pronostic dans l'infection puerpérale.

Die Abschätzung der Prognose der puerperalen Infektion ist immer schwierig, besonders wenn dieselbe die Grenzen der Genitalsphäre überschreitet. Der Allgemeinzustand, Schüttelfrost, Puls- und Temperaturkurve geben gewiß gute Anzeichen, sind jedoch nicht immer untrüglich. Auch die bakteriologische Untersuchung der Lochien gibt keine exakten Aufschlüsse. Viel wichtiger ist die cytologische Blutuntersuchung, dieselbe gibt noch immer die genauesten Anhaltspunkte. Die Prognose ist immer ernst, wenn die Hyperleukocytose sehr ausgesprochen ist (25000—40000) und die polynukleären Zellen 90% überschreiten. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes hat einen großen Wert, jedoch nicht denselben wie die cytologische. Es hat Fälle gegeben, die tödlich endeten, wo die Kulturen steril blieben, während dieselben in anderen Fällen wucherten, wo Heilung eintrat.

G. Wiener (München).

Verschiedenes.

3) J. Borelius (Lund). Über primäre Naht ohne Drainage bei Frühoperationen der akuten Blinddarmentzündung.

(Zentralblatt für Chirurgie 1906. Nr. 4.)

Je früher man operieren kann, um so öfter kann man nähen. Wenn der Wurmfortsatz noch nicht perforiert ist und ohne zu perforieren herausgenommen werden kann, auch wenn der Wurmfortsatz gangränös aussieht und sich eine frische Exsudation in der Bauchhöhle findet, ferner wenn das Exsudat in der Bauchhöhle serofibrinös und nicht zu reichlich ist, kann ohne Bedenken genäht werden; ist das Exsudat jauchig oder eitrig, muß unbedingt drainiert oder tamponiert werden. Der Bauchschnitt wird klein und schonend angelegt. Der Wurmfortsatz wird auch bei einer Operation im Intermediärstadium energisch gesucht und immer, wenn irgend möglich, fortgenommen. **Calmann** (Hamburg).

4) Sikemeier (Amsterdam). Erfahrungen über Adrenalin und Kokain-Adrenalinanästhesie.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVIII, Hft. 2.)

Die bisherigen Beobachtungen zeigen, daß subkutan einverleibte, erlaubte Quantitäten Adrenalin keine deutlichen Änderungen der Herztätigkeit veranlassen. Bei intravenöser Injektion genügen kleine Dosen zu einer kräftigen, aber nur wenige Minuten dauernden Wirkung. Bei Chloroformsynkope soll man daher $^1/_2$—1 Pravazspritze der originellen Lösung gleich in den Herzmuskel injizieren. Wegen seiner spezifischen Wirkung auf die Uterusmuskulatur, wegen seiner vasokonstringierenden Eigenschaften ist das Mittel bei atonischen Gebärmutterblutungen zu empfehlen. Durch Tierversuche stellte Verf. fest, daß das Adrenalin ein inkonstantes Präparat ist, daß es nicht imstande ist, die giftigen Wirkungen des Kokains zu vermindern. Dagegen wirkt es als Zusatz zur Kokainanästhesie in glänzender Weise blutstillend. Denselben Vorzug hat es gegenüber Blasenblutungen (Lösung 1:10000). Einfaches Betupfen blutender Gewebe genügt nicht, das Mittel muß injiziert werden. Die Gefahr der Nachblutung besteht aber nur in mäßigem Grade. Der Nutzen des Adrenalin für die Verstärkung des Kokainanästhesins scheint dagegen zweifelhaft zu sein. **Calmann** (Hamburg).

5) O. Küstner (Breslau). Schwierigkeiten bei der forensischen Begutachtung von zurückgebliebenen Nachgeburtsteilen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

K. macht darauf aufmerksam, daß ein zurückgebliebener Placentarrest in einem schon nennenswert involvierten Uterus sich erheblich größer ausnimmt, als event. im Zusammenhang mit der Placenta, daß ferner, wenn in Fällen von Schwerablösbarkeit der letzteren villöse Chorionsubstanz in die Uterusmuskulatur eingewuchert ist, bei makroskopischer Betrachtung viel mehr Placentargewebe zurückgeblieben erscheinen kann, als es tatsächlich der Fall ist. Die außerordentliche Unebenheit wird hier im wesentlichen nur dadurch gebildet, daß die regelmäßige normale Konstruktion der Serotina ausgeblieben und das Vordringen der Chorionzotten gegen das mütterliche Gewebe in unregelmäßiger Weise erfolgt ist. Die mikroskopische Untersuchung gibt in solchen Fällen nicht nur Ausweis über die oft nur geringe Menge der zurückgebliebenen Chorionzotten, sondern auch über die Ursachen des Zurückbleibens, event. auch über seine mechanische Notwendigkeit. Derartige Placenten können auf den sie Betrachtenden sehr wohl den Eindruck der Vollständigkeit machen. Ein Gleiches gilt von der Placenta succenturiata. K. weist darauf hin, daß bei dieser zwei Gefäße von der Haupt- zur Nebenplacenta in den Eihäuten führen. Bleibt letztere zurück, so werden diese Gefäße zerrissen, und man erkennt ihre Lamina am Rande der zerrissenen Eihäute, wenn

man die Placenta nicht nur von der uterinen Fläche, sondern auch von der fötalen aus beobachtet. Die Hebammenlehrbücher, leider auch das neue preußische, erwähnen diesen wichtigen Befund nicht.

Schließlich erwähnt Verf. die Vortäuschung des Zurückbleibens größerer Eihautmassen durch Lösung der Eihäute nicht in der ampullären, sondern in der kompakten Schicht der Decidua. Trotz vollständiger Ausscheidung von Amnion und Chorion können hier dicke Decidualappen ausgeschlossen werden, welche den Eindruck von Eihautresten machen.

In allen diesen Fällen wird, tritt Puerperalfieber, vielleicht sogar der Tod der Wöchnerin ein, die Hebamme leicht der Fahrlässigkeit beschuldigt, ohne daß sie tatsächlich ein Verschulden trifft. Mit Recht fordert K. daher, daß die genannten anatomischen Verhältnisse in den Hebammenlehrbüchern eingehender dargestellt, bei Sektionen im Uterus gefundene Nachgeburtsreste und der Uterus selbst genau beschrieben, außerdem sorgfältig mikroskopisch untersucht werden.

Graefe (Halle a. S.).

6) A. Depage, G. Rouffart, L. Mayer (Brüssel). Die Chirurgie der viszeralen Ptosen.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1904. Nr. 6.)

In einer mit zahlreichen Illustrationen versehenen Arbeit von 146 Seiten handeln die Verff. das umfangreiche und interessante Gebiet der viszeralen Ptosen unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur ab. Rühmend wird der Verdienste Glénard's gedacht. Die abdominale Statik wird kurz besprochen, dem atmosphärischen Druck auf die Unterleibsorgane eine wichtige Rolle für die Erhaltung des intraabdominalen Gleichgewichts zugesprochen. Mit dem Namen Splachnoptose wird ein krankhafter Zustand bezeichnet, welcher sich durch mangelnden Tonus der Bauchwand mit konsekutiver Ptose charakterisiert, vor allem der Leber und des Darmes. Die Therapie muß darauf ausgehen, die Fähigkeit der Bauchwand zu stützen, wiederherzustellen, sei es durch eine Glénard'sche oder eine andere Binde, oder, wenn die Orthopädie versagt, durch die Laparektomie, event. mit Hepato- oder Hysteropexie. Während der Wert der Nephro-, Hepato- und Splenopexie als feststehend anerkannt wird, wird bezüglich der Kolo- und besonders Gastropexie gesagt, daß sie nicht allen Anforderungen entsprechen, ja unwirksam sein können. Die chirurgischen Eingriffe bei den viszeralen Ptosen kommen in der Regel nicht wegen des Leidens selbst, sondern wegen des Versagens der mediko-orthopädischen Behandlung in Betracht. Der Erfolg der letzteren ist nur ein vorübergehender. Deswegen sind die fraglichen Operationen besonders bei Pat. der arbeitenden Klassen angezeigt. **Graefe** (Halle a. S.).

7) A. Lambotte (Anvers). Über die viszeralen Ptosen.

(Journ. de chir et ann. de la soc. belge de chir. 1904. Nr. 7.)

L. faßt seine auf 500 wegen Leber-, Magen- und Darmaffektionenen ausgeführten Laparotomien beruhenden Erfahrungen dahin zusammen, daß die viszeralen Ptosen ein einzelnes Organ betreffen oder mehr oder weniger allgemein sein können. Letzteres beobachtet man besonders bei Frauen, und zwar meist zusammen mit einer allgemeinen Erschlaffung des Unterleibes.

Die Diagnose ist schwierig, da andere Erkrankungen die Ursache der Beschwerden sein können. Die rechtsseitige Nierenptose gibt Anlaß zu zahlreichen Irrtümern. Um Mißerfolge nach der Nephropexie zu vermeiden, empfiehlt es sich, die Operation transperitoneal auszuführen. Bei der Magenptose ist nicht die Gastropexie allein ratsam. Auch eine breite Pylorektomie und die Gastrofixatura ant. sind hier angezeigt, um die Beschwerden wirklich zu heben. Bei den allgemeinen Ptosen müssen mittels medianer Laparotomien in einer Sitzung alle verlagerten Organe fixiert werden. Teiloperationen können hier nur unvollständige Ergebnisse haben.

Zum Schluß berichtet Verf. über eine Kranke, bei welcher er mittels einer Laparotomie die Appendikektomie, die Pylorektomie, die Gastrofixatur und die

totale Hepatopexie gemacht hat. Pat. hatte eine hochgradige Lebersenkung und eine sehr erhebliche Magenerweiterung. Sie ist völlig geheilt.

Graefe (Halle a. S.).

8) O. Madelung. Über den postoperativen Vorfall von Baucheingeweiden.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVII. Hft. 2.)

Verf. hat 144 Fälle aus der Literatur gesammelt, durch mündliche Mitteilungen erfuhr er von 6 weiteren Fällen, und 7 fügte er aus eigener Erfahrung hinzu. Vorfall von Eingeweiden nach Laparotomien tritt ein bei Personen jeden Alters und beiderlei Geschlechts, nach den einfachen Eingriffen, wie Probelaparotomien, ebenso wie nach den schwierigsten, im Beginn der Ära der Bauchchirurgie ebenso wie heutzutage. Die Zahl der Frauen überwiegt bei weitem; die Ursache dafür ist, daß bei den gynäkologischen Operationen die untere Hälfte der Bauchwand eröffnet wird: 124 Fällen von Bauchschnitten unterhalb des Nabels stehen nur 16 oberhalb des Nabels gegenüber. Und zwar ist der Schnitt in der Mittellinie in höherem Grade disponierend als der Flankenschnitt. Die Vermeidung der Linea alba ändert darin nichts. Wiederholte Laparotomie ist verhältnismäßig häufig vom Eingeweidevorfall gefolgt. Die Zeit nach der Operation ist keine bestimmte; kritisch sind der 8. und 9. Tag. 18mal kam es zum Platzen der bereits ausgebildeten Narbe, und zwar meistens nach Bruchoperationen. Keiner von diesen Fällen hat tödlich geendet. Vorgefallen sind mit Ausnahme von Milz und Pankreas, alle im Bauch enthaltenen Eingeweide, am häufigsten der Dünndarm. Auch längere Zeit bereits vorgefallene Eingeweide sind oft völlig unverändert und unentzündet geblieben. Die Verwendung eines unresorbierbaren Nahtmateriales, die Benutzung einer besonderen Nahtmethode gewähren keinen sicheren Schutz. Der Vorfall erfolgt recht häufig unmittelbar nach der Entfernung der Nähte. Das längere oder kürzere Liegenlassen der Suturen scheint auch keinen bedeutenden Einfluß zu haben. Teilweises Offenlassen der Bauchwunde ist auch nur in sehr wenigen Fällen mit dem Vorfall in Zusammenhang zu bringen. Desto häufiger scheinen dünne Bauchdecken von Einfluß zu sein, gering ist wiederum der Anteil der akzidentellen Wundkrankheiten, Peritonitis und Meteorismus. Einer der Hauptfeinde der regelmäßigen Heilung ist der Husten (51 Fälle), Erbrechen (26 Fälle), auch Rülpsen, häufiges Niesen und Stuhlpressen sind als Veranlassung beobachtet worden. Gelegenheitsursachen sind Wehentätigkeit, unruhiges Verhalten, rasche Zunahme des Bauchinhaltes (Tumoren, Schwangerschaft, Ascites). Wichtig wiederum ist die Schwächung der Gesamtkonstitution (Anämie, Kachexie). Selbstverständlich wirken häufig mehrere Faktoren zusammen. Die Pat. empfinden merkwürdig wenig bei diesem Ereignis, manchmal gar nichts. Ganz ausnahmsweise tritt unmittelbar Verschlechterung des Befindens ein, meistens bleibt es längere Zeit gut. Oft wurde dadurch der Zustand erst nach längerer Zeit bemerkt. Die Behandlung besteht in der Reposition der vorgefallenen Eingeweide und sofort nachfolgender neuer Naht. Unter Umständen ist jedoch abwartende Behandlung ratsam, oft allein möglich und jedenfalls gewaltsamen Repositionsversuchen vorzuziehen. Bei verunreinigtem Darm, heftigem Husten, Eiterung in der Bauchwunde, schlechtestem Allgemeinbefinden, starkem Meteorismus, allgemeiner Peritonitis, hinderlichen Adhäsionen muß man sich mit einem aseptischen Verband begnügen. Merkwürdigerweise bleibt der Darm dabei wegsam. Allgemeine Peritonitis ist nur ein einziges Mal eingetreten. Der Vorfall kann sich in längerer oder kürzerer Zeit spontan zurückbilden. Niemals ist der Prolapszustand ein dauernder geblieben. Die Reposition ist meistens mühsam. Narkose ist meistens unnötig. Nach der Reposition kann man die Bauchwunde schließen, doch ist die Naht nicht immer leicht. Die Art der Naht ist wiederum nicht von Einfluß auf den Heilerfolg. Die direkten Folgen der Operation sind meistens sehr gering. Die Prognose ist nicht abhängig von der Art der vorgefallenen Eingeweide, nicht von der Größe des Vorfalles, in gewissen Grenzen auch nicht von der Zeit, die verstreicht, bis der Vorfall erkannt und behandelt wird. Von 148 Fällen sind 105 geheilt worden. Die Narbe war

späterhin fast immer eine sehr gute. In 29 Fällen ist der Tod sicher die Folge des postoperativen Vorfalles gewesen. Die Ursachen sind Kollaps, Eiterung, Peritonitis, Kotfistelbildung. Bei den Überlebenden sind besondere Befürchtungen betreffs übler Spätfolgen nicht berechtigt. **Calmann** (Hamburg).

9) **H. J. Boldt.** Die Grenzen zwischen vaginaler und abdominaler Köliotomie.

(New York med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Bei Aufliegen auf dem Beckenboden werden eiternde Salpinxsäcke vaginal eröffnet. Der Vorteil besteht in dem Mangel der Lebensgefahr, die auch durch diese Operation nicht gesteigert wird im Hinblick auf event. später notwendige radikale Operation.

Nicht auf dem Beckenboden liegende Salpingitiden und chronisch-entzündliche uterine Anhänge werden abdominal angegriffen, nur so kann man möglichst schonend und konservativ verfahren.

Eierstockscysten, die nicht über mannskopfgroß sind und bis auf den Beckenboden in den Douglas hineinreichen, sollten vaginal entfernt werden, wenn die Verwachsungen nicht zu fest sind. Dermoidcysten müssen eine Ausnahme machen. Die dabei vorkommenden Verunreinigungen des Beckenperitoneums führen nicht selten zu Pelveoperitonitis, welche gelegentlich 6—8 Wochen dauern, ehe das Exsudat resorbiert wird. Degenerierte Ovarien, Abszesse der Ovarien und alle Eiterungen, welche leicht durch Scheidenschnitt zugänglich gemacht werden können, greift Verf. nur so an.

Uterusmyome sollen nur bei gesundheitsschädlichen Symptomen operiert werden. Die Abgrenzung zwischen vaginaler und abdominaler Operation bestimmt die Eindrückbarkeit des dem Beckeneingang aufliegenden Myoms in das Becken.

Die Behauptung, daß eine mobile Retroversio-flexio keine krankhaften Symptome verursache, hält Verf. im allgemeinen für falsch. Trotzdem glaubt Verf., daß in den letzten Jahren wegen dieses Leidens zuviel operiert worden sei. Verf. ist für häufigere Verwendung des Pessars.

Soll oder muß operiert werden, so widerrät er die vaginale Fixation so gut wie die Dürhssen'sche und Mackenrodt'sche Methode. Die meist gleichzeitig bestehende Senkung des Uterus wird durch eine vaginale Operation nicht gehoben, die dabei gesetzten Narben im Scheidengewölbe haben mitunter recht unangenehme Folgen. Die Verkürzung der Ligg. rotunda kommt nicht am dünnsten, sondern am dickeren Teile zustande.

Die Verkürzung der Ligg. rot. geschieht am idealsten durch die Alexander-Adams'sche Operation. Um den oft als Einwand dagegen angeführten Nachteil der danach entstehenden Leistenhernien hinfällig zu machen, muß stets der Leistenkanal eröffnet und die Wunde nach Bassini geschlossen werden.

Für die Retroflexio fixata widerrät Verf. auf das entschiedenste den vaginalen Operationsweg.

Die vaginale Köliotomie bei extra-uteriner Schwangerschaft soll beschränkt werden auf Fälle, in denen die Diagnose vor Ruptur der Tube gemacht wird, oder wo sich bereits eine Hämatokele gebildet hat.

Bezüglich des Carcinoma uteri ist Verf. vorläufig der Ansicht, daß die vaginale Radikaloperation mit Zuhilfenahme der Galvanokaustik ebenso gute Resultate, wenn nicht bessere liefert, als die abdominale Operation.

Eversmann (Bonn).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 37. Sonnabend, den 15. September. 1906.

Inhalt.

I.

Eklampsie ohne Krämpfe. Mitteilung aus der Praxis.

Von

Dr. med. **G. Binder** in Jena.

Im Anschluß an die Veröffentlichung Dr. Esch's aus der Olshausen'schen Klinik, in Nr. 10 dieser Wochenschrift, über Eklampsie ohne Krämpfe halte ich die Bekanntgabe eines von mir beobachteten Falles, dem ich keine andere Deutung, als den einer Eklampsie, oder abortiven Eklampsie ohne Krämpfe geben kann, für nicht unangebracht. Der Krankheitsfall ist in Heilung übergegangen, und sowohl der Verlauf des akuten Zustandes, wie der der Rekonvaleszenz lassen die Annahme einer Eklampsie als wahrscheinlich erscheinen.

Der Fall ist kurz folgender:

Am 29. Dezember vorigen Jahres gegen 5 Uhr ward ich zu Frau M. gerufen, da sich bei derselben nach der Niederkunft ein großer Schwächezustand eingestellt habe.

Bei meiner Ankunft, 6 Uhr, fand ich eine wachsfarbige, wie im äußersten Grade der Verblutung befindliche Pat. im bewußtlosen Zustande vor.

Pat. war mir bis dahin unbekannt, da die Familie erst vor wenigen Wochen nach hier verzogen war.

Die jetzt von dem Mann extrahierte und später von der Frau ergänzte Anamnese ergab, daß die im ganzen schwächliche, im 36. Lebensjahre stehende Frau gesund gewesen, daß sie zweimal geboren, im ersten Wochenbett nach künstlicher Lösung der Nachgeburt längere Zeit krank gewesen, auch dabei an Venenentzündung im rechten Beine gelitten habe.

Die letzte Gravidität war ohne Störung verlaufen. Kopfschmerz, an dem sie immer leide, sei in letzter Zeit häufiger und stärker aufgetreten, auch sei es ihr in den letzten Tagen 2—3mal beim Lesen auf einen Moment schwarz vor den Augen geworden. Hierauf habe sie aber kein Gewicht gelegt, habe vielmehr am letzten Abend ganz unbesorgt ein Restaurant aufgesucht, um dort mit gutem Appetit die Abendmahlzeit, gewürzt durch ein Glas Bier, einzunehmen.

Von dem Eintritt der Geburt sei sie überrascht worden, da sie dieselbe erst 4 Wochen später erwartet habe.

Die ersten Wehen stellten sich morgens 9 Uhr ein, um 4 Uhr ward ein kleines, schwach entwickeltes, aber vollkommen lebensfähiges Kind geboren.

Nach der Entbindung fühlte sich Patientin vollkommen wohl, und äußerte wiederholt der Hebamme gegenüber, wie wohl und glücklich sie sei, bis sie plötzlich nach Verlauf einer Stunde über ein sie überkommendes Schwächegefühl klagte, dem bald ein Zustand von Bewußtlosigkeit folgte. Die Nachgeburt war noch nicht geboren.

Bei meiner Ankunft, 2 Stunden nach der Geburt, 1 Stunde nach Eintritt der Bewußtlosigkeit, fand ich die Kranke soporös, sich unruhig hin und herwerfend, andauernd stöhnend, »ach ich bin so schwach, helft mir, helft mir«.

Krämpfe waren nicht aufgetreten, auch konnten weder jetzt noch später Zuckungen einzelner Muskeln beobachtet werden. Das verfallene Aussehen, die enorme Blässe, ließ zuerst an starke Blutung denken. Da nach Angabe der Hebamme weder vor noch nach der Entbindung eine Blutung stattgefunden, die Unterlagen auch fast frei von Blut waren, mußte man an innere Blutung, entweder in das Cavum des Uterus oder in die Bauchhöhle durch eine Ruptur denken, zumal die Placenta, jetzt nach 2 Stunden, noch zurück war. Gegen eine Blutung an sich sprach allerdings schon der stark gespannte, volle Puls von 100 Schlägen. Eine Temperaturerhöhung bestand dem Gefühl nach nicht. Ödeme waren nicht vorhanden.

Zuerst suchte ich aus dem gut kontrahierten Uterus, der die Größe eines frisch entbundenen nicht überschritt, die Nachgeburt zu exprimieren. Als mir dies nach mehrfachen Versuchen nicht gelang, schritt ich zur manuellen Lösung, die mir auch bei der ganz unempfindlichen Pat. rasch gelang, wenn auch mit Zurücklassung einiger Eihautreste. Die Blutung hierbei war minimal, und konnte ich mich dabei überzeugen, daß der Uterus frei von Gerinnseln war; auch war es mir nicht möglich, irgendeine Kontinuitätstrennung aufzufinden.

Bei der Beschaffenheit des Pulses hatte ich auch so schon die Annahme einer Blutung aufgegeben, und wußte keine andere Deutung für den Fall als die einer Eklampsie, die vorläufig noch ohne Krämpfe verlief.

Der bewußtlose Zustand mit andauerndem Stöhnen und Jammern, dazwischen auch Singen und Hin- und Herwerfen hielt noch eine Reihe von Stunden an. Nach 9 Uhr ward Pat. ruhiger, verfiel in einen Dämmerzustand, fing auch an richtige Antwort auf gestellte Fragen zu geben. Gegen Mitternacht trat Schlaf und während diesem reichlicher Schweißausbruch ein.

Bei meinem Besuch am anderen Morgen fand ich die Kranke vollkommen klar, wenn auch sehr schwach, vor. Von dem ganzen Zustande, vom Beginn der Schwäche bis zum Erwachen, hatte sie absolut keine Einsicht; von der manuellen Lösung der Nachgeburt hatte sie nichts gemerkt.

Die Temperatur betrug 37, die Pulszahl 80, doch war derselbe noch sehr gespannt.

Der mit äußerster Vorsicht aufgefangene, gut filtrierte Urin enthielt eine

reichliche Menge — ein Sechstel des Volums — Eiweiß. Nach Zylindern ward leider nicht gesucht. Nach 8 Tagen war der Urin eiweißfrei und ebenso 4 Wochen später.

Das Wochenbett verlief normal bis auf eine am 3. und 4. Tag auftretende Temperatursteigerung bis auf 39°, die aber sofort verschwand, als durch eine ausgiebige Uterusspülung die restierenden Eihäute entfernt waren.

Bemerkenswert war ferner neben dem Eiweißgehalt das Bestehen einer deutlich nachweisbaren Herzhypertrophie, die bei der am 2. Tage nach der Entbindung vorgenommenen genauen Körperuntersuchung konstatiert wurde. Dieselbe war ganz jungen Datums, denn Pat. versicherte, daß sie sich wiederholt auf das Herz hin habe untersuchen lassen, dasselbe sei dabei immer vollkommen normal befunden worden.

Daß diese Angabe richtig war, ergab der weitere Verlauf, denn nach ca. 14 Tagen zeigte die Perkussion normale Herzgröße, und die vorher stark akzentuierten Töne waren zur Norm zurückgegangen.

Vorsichtshalber hütete Pat. bei Milchdiät 3 Wochen lang das Bett, und ward dann als geheilt aus der Behandlung entlassen.

Die Deutung des Falles ist sicher nicht ganz leicht, doch glaube ich nicht fehlzugehen, wenn ich denselben als Eklampsie ohne Krämpfe bezeichne.

Nach Prodromen, bestehend in vermehrtem und verstärktem Kopfschmerz, mehrfach auftretendem plötzlichen Verdunkeln der Augen, tritt nach einer normalen Entbindung aus bestem Befinden plötzlich ein Zustand von mehrstündiger, tiefer Bewußtlosigkeit ein, begleitet von großer Muskelunruhe, die sich äußert in fast fortwährendem Hin- und Herwerfen, dabei Jammern, Stöhnen, selbst Singen.

Nach mehrstündigem Bestand löst sich der Zustand allmählich und schwindet vollkommen nach Eintritt von Schlaf und Schweiß.

Ein reichlicher Eiweißgehalt des Urins schwindet in so rascher Zeit, wie es sonst nur nach Eklampsie beobachtet wird, und mit dem Eiweißgehalt geht fast ebenso rasch die Herzhypertrophie zurück und tritt volle Genesung ein.

Das typische Bild der Eklampsie; nur daß hier anstatt der Krämpfe nur ein Zustand großer Muskelunruhe beobachtet wird. Ich glaube hiernach berechtigt zu sein, den Fall als Eklampsie ohne Krämpfe den bis jetzt veröffentlichten anzureihen.

II.

Zur „Vereinfachung“ meiner Meſsmethode der Conjugata obstetrica.

Von

Doz. Dr. L. v. Bylicki.

Meine Methode, die Conjugata obstetrica unmittelbar messen zu können, obwohl nicht ganz 2 Jahre alt, besitzt »schon« ihre kleine Geschichte und, was noch mehr, droht dank zu weitgehenden Modifika-

tionen jene Wege zu betreten, welche alle früheren instrumentellen Meßmethoden zugrunde gerichtet haben.

Als ich diese Meßmethode publizierte, dachte ich gar nicht an die Bedürfnisse eines Praktikers. Das Bedürfnis geburtshilflicher Schulen, überhaupt in der Beckenmessung eine sichere wissenschaftliche, leicht zu erlangende Basis für unser Tun zu finden, und das ungenaue, ganz subjektive manuelle Schätzen der Conjugata für immer wegzufegen, war ein zu heiß brennendes, als daß darüber hinaus anderweitige Popularisierung der Methode von mir verfolgt werden konnte. Daß man sehr bald die Methode als solche erkannt hat, die wert ist die Grenzen der Schulen zu überschreiten, um Eigentum auch des Praktikers zu werden, ist einerseits die Anerkennung ihres Wertes, andererseits aber die Rechtfertigung des Dranges zum Modifizieren und in diesem Falle auch zur Vereinfachung.

Nun handelt es sich darum, diesem lobenswerten Zweck diese Teile der Methode, sagen wir des Instrumentariums, nicht zu opfern, welche eben den wissenschaftlichen Wert desselben, das heißt die Genauigkeit der Meßmethode vermitteln.

Da wir nun an einem Punkte angelangt sind, wo die Gefahr wirklich droht, in der Exaktheit zurückzugehen, so fühle ich mich bewogen die Gesichtspunkte kurz zu fassen, durch welche ich mich bei Angabe meiner Meßinstrumente leiten ließ.

1) Ich wollte absolut jedes Ablesen der Meßwerte während des Messens beseitigen. Es handelt sich nun bei meinen Instrumenten zuerst nicht darum, wie groß die gemessene Conjugata obstetrica ist, sondern welches von den Instrumenten zwischen ihren Endpunkten Platz findet. Nach dem Herausnehmen wird erst die Größe abgelesen.

2) Um obigen Zweck zu erreichen, schwebte mir gleich als Bedingung der Genauigkeit eine Reihe fixer, unveränderlicher Maße vor. Abgesehen davon, daß man mit einem Instrumentarium, bei welchem Einzelunterschiede 5 mm betragen, Mittelwerte auch erhalten kann, kann man nach Belieben die Geuauigkeit der Meßresultate durch Vermehrung der Meßeinheiten noch weiter vergrößern.

Wenn aber ein Instrument nicht aus fixen Maßen besteht und die Meßresultate abhängig gemacht werden von der Kraft, die angewendet werden muß, um Teile des Instrumentes so lange auseinander zu halten, bis das Maß von jemand anderem noch abgelesen wird, so steckt schon in diesem Umstand die große Fehlerquelle, die absolut umgangen werden soll, wenn man der Subjektivität, des Messenden nicht wiederum breite Tore öffnen will.

3) Die Genauigkeit des Messens wird in meinem Instrumentarium außer durch fixe Größen der einzelnen Teile noch durch diesen nicht hoch genug zu schätzenden Umstand bewirkt, daß von den zwei Endpunkten des zu messenden Abstandes nur der eine, nämlich der hintere zu kontrollieren ist, während der vordere beim passenden Druck und Zug des Instrumentes gar keiner Kontrolle bedarf. Wie große Nachteile demgegenüber jene Instrumente bieten, bei denen während des

Messens zwei Punkte, nämlich der vordere und der hintere, gleichzeitig zu betasten sind, braucht nicht hervorgehoben zu werden, sowie auch der Umstand, wie oft diese Aufgabe, um ihr gerecht zu werden, sehr schwer ist.

Man will absolut vereinfachen, und zwar nicht nur den Praktikern, auch der Vereinfachung zulieb. — Ist denn wirklich die Vereinfachung absolut notwendig, damit das Instrumentarium Eigentum des Praktikers wird? Oder stellen wir die Frage so: muß die Methode Einbuße erleiden, um in die Hand des Praktikers zu gelangen?

Es wird dem Instrumentarium Zweifaches vorgeworfen, nämlich daß es zuwenig kompendiös und zu teuer ist. Um vieles kompendiöser und auch billiger kann es werden, wenn man sich eines gemeinschaftlichen Griffes für alle Nummern bedient, wobei die Exaktheit des Messens gar nicht leidet. Dies wäre zusammen mit der von Gauss eingeführten Neigung der Handhabe nach unten und von mir schon vorausgesehenen Notwendigkeit einer kugelförmigen Anschwellung der Spitzen des Instrumentes eine einzige notwendige Modifikation.

Das genaue Messen der Conjugata obstetrica ist gegebenenfalls ein Teil der geburtshilflichen Untersuchung von so großem Werte, daß für die Ausübung desselben, ob in der Klinik oder im Hause der Pat., ein weniger kompendiöses Armamentarium, mittels welchem man leicht genau und aseptisch messen kann, kein Hindernis abgeben sollte. Und das sollte, glaube ich, die Überzeugung aller sein. Es ist auch schon von einer Seite zugestanden worden, daß mit der Vereinfachung meiner Meßmethode auch die Verschlechterung derselben Schritt hält. Ein zweiter Beweis ist von anderer Seite geliefert worden, wo zum Beweise eines genauen Messens mittels eines vereinfachten Instrumentes Kontrollnachmessungen mit meinem nicht vereinfachten Instrumentarium vorgenommen wurden.

Also keine Vereinfachung bleibt mein Motto, wenn das Messen mittels meiner Meßinstrumente die Eigenschaft der Genauigkeit behalten soll. Deswegen auch glaube ich die Äußerung machen zu können, daß man durch das Modifizieren und Vereinfachen einen Weg betreten hat, welcher auf einer längeren oder kürzeren krummen Linie zu dem nicht vereinfachten Instrumentarium zurückführen wird, bis es jemandem gelingen wird, wiederum um einen Schritt der Wahrheit sich zu nähern.

Neue Bücher.

1) E. Wertheim und Th. Micholitsch (Wien). Die Techik der vaginalen Bauchhöhlenoperationen.

Leipzig, S. Hirzel, 1906.

Die Verff. geben zum erstenmal eine systematische Darstellung der vaginalen Bauchhöhlenoperationen. 138 wundervolle Abbildungen, die fast insgesamt nach photographischen Aufnahmen bei Operationen

an der Leiche hergestellt sind, verleihen dem Werke eine ungemeine Anschaulichkeit und lassen den Gang der einzelnen Operationen mit voller Deutlichkeit klar werden.

Der knappe verbindende Text enthält bei aller Kürze das Wesentliche. Man merkt überall die große operative Erfahrung der Verff., die jede sich etwa ergebende Schwierigkeit kennen, aber auch den Weg anzugeben wissen, sie zu vermeiden oder zu überwinden.

Das Werk ist in erster Linie als Leitfaden für den Anfänger gedacht und ist für diesen Zweck sicher als ein vorzügliches Lehrmittel zu begrüßen. Aber nicht nur dem Anfänger, sondern jedem operierenden Gynäkologen ist das Studium des ausgezeichneten Atlas zu empfehlen; auch der Erfahrene wird darin des Anregenden und Interessanten genug finden. **Reifferscheid** (Bonn).

2) **O. Beuttner** (Genf). Gynaecologia Helvetica. VI. Bericht über das Jahr 1905.

Genf, **Kündig**, 1906.

Wie in früheren Jahrgängen seines gesamtschweizerischen Jahresberichtes bringt B. auch im vorliegenden VI. Bande seiner Gynaecologia Helvetica kurze klare Referate über die geburtshilflichen und gynäkologischen Arbeiten der Schweizer Ärzte aus dem Jahre 1905. Dissertationen, Mitteilungen aus Krankenhäusern und aus der Praxis sind in gleicher Weise berücksichtigt, ebenso wie auch die Veterinärgeburtshilfe und -Gynäkologie zum Worte kommen. Den Erkrankungen der Säuglinge, ganz besonders den auf kongenitaler Grundlage beruhenden (Pylorusstenose, Megalokolon, Atresie des Ösophagus und Duodenum usw.), wurde im vorliegenden Jahrgange volle Aufmerksamkeit geschenkt, weil der Geburtshelfer imstande sein muß, den ersten Lebenstagen eigentümliche Symptome richtig zu erkennen und zu interpretieren. Die Themata »Künstliche Ernährung des gesunden und kranken Säuglings« und »Lungentuberkulose und Schwangerschaft« werden durch Referate einschlagender Arbeiten zu fördern gesucht. Ganz kurz sind auch die Erzeugnisse der ausländischen Fachliteratur, wenigstens die wichtigsten, berücksichtigt. Besonders dankbar zu begrüßen sind die zahlreichen therapeutischen und instrumentellen Notizen.

Kurze biographische Skizzen über Gusserow und Breisky während ihrer Züricher bzw. Berner Zeit liefern einen wertvollen Beitrag zur Geschichte der Gynäkologie in der Schweiz.

Zurhelle (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenanstalten.

3) Gynäkologische Gesellschaft in Breslau.

Sitzung vom 11. Juli 1905.

Vorsitzender: Herr Küstner; Schriftführer: Herr Asch.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit einem Gedenkwort auf v. Mikulicz, der als einer der ersten Laparotomisten für die Entwicklung der Abdominalgynä-

kologie von hervorragender Bedeutung gewesen ist. Die Anwesenden erheben sich von den Plätzen.

I. Küstner demonstriert Frau E. K., bei welcher aus seltener Indikation vor 4 Jahren eine Pubotomie gemacht worden war.

Sie war im Mai 1896 an Gallensteinen operiert worden, behielt danach eine Gallenfistel und bekam im Anschluß daran im folgenden Jahre eine Bauchdeckenphlegmone, derentwegen sie in Leipzig mehrere Male operiert wurde. Danach resultiert eine Blasen-Bauchdeckenfistel, wegen der sie in Leipzig einmal, im hiesigen Allerheiligenhospital dreimal operiert wurde, das letzte Mal 1900 (S.-R. Dr. Riegner), und zwar so, daß die Symphyse umschnitten, die horizontalen Schambeinäste mit dem Meißel, die Rami descendentes ossium pubis mit der Gigli'schen Säge durchtrennt, der Schambeinkörper nach oben geklappt, die Fistel ohne Ränderspannung angefrischt und genäht wurden.

Danach wurde die Symphyse wieder an Ort und Stelle gebracht, wurden die horizontalen Schambeinäste mit Catgut periostal, die absteigenden ossal mit je einer Silbernaht vereinigt. Vollkommenes Resultat.

Vor einigen Wochen kam Frau E. K. hochgravid in meine Klinik, weil sie bei der Geburt Komplikationen fürchtete. In den letzten Wochen der Schwangerschaft laufe an der Stelle, wo früher die Bauchdecken-Blasenfistel war, etwas Urin.

Die Beckenmessung, ebenso wie die sonstige Befundaufnahme, ergab keine Abnormitäten, der Partus erfolgte am 30. Juni ohne Störung.

Der Punkt, auf den es mir ankommt, ist, daß, wie sowohl die Betastung als das heute aufgenommene Radiogramm ergibt, vollständige Konsolidation der Knochen vorhanden ist. Vielleicht zeigt ein kleiner Schatten noch die Silbernaht im rechten absteigenden Schambeinaste. Die in letzter Zeit mehrfach demonstrierten Radiogramme von Pubotomien zeigten auffallend häufig, daß eine Konsolidation der Sägeflächen nicht eingetreten war. Die Ursache für den vorteilhaften Unterschied des demonstrierten Falles liegt auf der Hand.

II. Courant. Über die Vereisung der spitzen Kondylome mittels Äthylchlorid.

C. hat seit Juli 1902 die spitzen Kondylome mit dem Äthylchloridspray behandelt. Man richtet unter Schutz der umgebenden Haut durch Watte den Strahl in 10—20 cm Entfernung auf die Spitze des Kondyloms, das in wenigen Sekunden bis an seine Basis schneeweiß wird. Doch ist der Schutz der Umgebung entbehrlich. Ganze Kondylomrasen werden vereist, ohne daß die zwischen den Kondylomen liegende normale Haut mit gefroren wird. Für die Kondylomatosis der Vagina und Portio vaginalis stellt die neue Methode überhaupt die erste brauchbare Behandlungsform dar, die im Milchglasspiegel so ausgeführt werden kann, daß jedes Kondylom erreicht wird. Bestellt man die Pat. in 2—3 Tagen wieder, so sieht man, daß die Kondylome auf die Hälfte bis ein Drittel ihres Volumens zurückgegangen sind. Die großen Hautkondylome haben ihren Turgor verloren, hängen schlaff herab und schrumpfen zu kleinen, graugelben, unansehnlichen Exkreszenzen zusammen. In diesem Stadium hat C. in vielen Fällen eine zweite Gefrierung vorgenommen, die jedoch schwieriger vonstatten geht, und sich auch als unnötig erwies. Nach ca. 2 Wochen sind die Papillome gänzlich geschwunden. Noch rascher verschwinden die multiplen Kondylome der Schleimhaut unter Nachlaß der Sekretion und Schmerzhaftigkeit.

Die Anwendung der Kälte durch Verdampfung flüchtiger Flüssigkeiten zur Heilung von Hautkrankheiten ist nicht neu. Durch Berichte aus Dänemark veranlaßt, haben in Deutschland Arning, Dreuw und Juliusberg die Kongelation mittels Äthylchlorid, meist aber mit Metäthyl und Kohlensäure bei schweren chronischen Hautkrankheiten, wie Lupus, Ulcus rodens und Lupus erythematosus angewendet, und insbesondere bei letzterem gute Erfolge erzielt. Ohne Kenntnis hiervon hat Vortr. das Äthylchlorid Henning zuerst bei den spitzen Kondylomen angewendet. Nach Untersuchungen von Dreuw und Juliusberg handelt es sich bei der Einwirkung der Kälte auf das Gewebe um eine Alteration der Zellen, die zum Absterben des kranken Gewebes und zur Anfachung einer reaktiven Entzün-

dung führt, durch welche die Krankheitsprodukte eliminiert werden. Bei den spitzen Kondylomen liegen die Verhältnisse insofern anders, als das einmalige Frieren mit dem verhältnismäßig schwach wirkenden Äthylchlorid genügt, um das ganze Gebilde zum Absterben zu bringen, auf das es eine elektive Wirkung ausübt. Die Schnelligkeit der Durchfrierung läßt sich nach C. so erklären, daß das Äthylchlorid an der Spitze des Kondyloms, wo nach Juliusberg fast immer sich eine von Epithel ganz freie Stelle findet, schnell in den Papillarkörper eindringen resp. seine Kältewirkung rasch entfalten kann. Denn es ist bekannt, daß die Epidermis der Durchfrierung starken Widerstand entgegensetzt.

C. hält die Gefriermethode für besser als alle bisher angewandten Mittel, und für dem Leiden angemessener als das Messer oder den Paquelin. Es stellt für den praktischen Arzt eine ideale Heilmethode dar, da er imstande ist, in der Sprechstunde ohne Assistenz und ohne Narkose den Kranken von einem sehr lästigen und hartnäckigen Übel zu befreien.

Diskussion. E. Fränkel fragt, ob Courant auch schon an den großen kondylomatösen Wucherungen an den äußeren Genitalien Gravider seine Vereisungsmethode versucht habe. Er zweifelt daran, daß hier die Vereisung zum totalen Schwunde führen werde, und hat sie während der Gravidität mit dem Glüheisen abgetragen, ohne irgendwelche Störungen zu beobachten.

Dienst, der aus den Worten des Herrn Vortr. herausgehört zu haben meint, daß spitze Kondylome von ihm nur mit Gonorrhöe in ätiologischen Zusammenhang gebracht würden, betont, daß es sehr wohl doch auch ohne gonorrhoische Infektion zur Bildung spitzer Kondylome kommen könne. Ferner glaubt D. einmal die günstige Wirkung des Äthylchlorids auf spitze Kondylome und sodann die Unwirksamkeit dieser Substanz auf ganz ähnlich gebaute papilläre Wucherungen darin suchen zu dürfen, daß, weil bei spitzen Kondylomen das Epithel an dem Scheitel fehle und somit die Gefäße des Papillarkörpers ganz oberflächlich gelegen wären, das Äthylchlorid genügende Tiefenwirkung entfalten könne, um die ganz oberflächlich gelegenen Gefäße zu thrombosieren und eine sekundäre ischämische Nekrose der von den geschädigten Gefäßen versorgten Gewebsbezirke zu erzielen, wodurch die vom Vortr. erwähnten Thromben in den mit Äthylchlorid behandelten spitzen Kondylomen ebenfalls ihre Erklärung fänden, während die gefäßschädigende Tiefenwirkung dieser Substanz ausbleiben müsse bei mit Epithel bedeckten papillären Wucherungen wegen der Mächtigkeit des Epithelpanzers.

Asch erblickt in dem Verfahren Courant's eine dankenswerte Bereicherung unserer Behandlungsmethoden, da dasselbe die Beseitigung der Kondylome ohne Narkose gestattet, die bei ausgedehnten Bildungen zur Thermokauterisation notwendig war. Ätiologisch steht wohl fest, daß die spitzen Kondylome nicht pathognomisch für Gonorrhöe sind. Eine Verwendung des Äthylchloridsprays im Endometrium verbietet sich durch die physikalischen Grundbedingungen seiner Anwendung. Die Vereisung gelingt nur durch Verdunsten auf zugänglichen Oberflächen.

L. Fraenkel möchte in Anregung bringen, die Gewebsvereisung mittels der leicht handlichen Äthylchloridflaschen auch in der intra-uterinen Therapie zu versuchen, nach Analogie der Vaporisation. Ein geeignetes Instrument will er konstruieren lassen und hofft, daß nach vorangegangener Dilatation die notwendige Verdunstung und Erfrierung eintreten wird.

Küstner. Nach meiner Erfahrung ist das zweckmäßigste Verfahren den besonders umfänglichen Kondylomen gegenüber nicht entweder Schere oder Paquelin, sondern Schere und Paquelin. Man schneidet die Kondylome mit der Schere ab und betupft die blutenden Flächen mit dem Paquelin. Diese sind meist überraschend wenig umfänglich, selbst gigantische Tumoren inserieren mit auffallend schmaler Basis.

Courant (Schlußwort). C. glaubt, daß die Methode auch bei den großen Schwangerschaftskondylomen wirksam sei. Gonokokken hat er nur in vier von zehn Fällen gefunden. Für den Paquelin ist er nicht eingenommen, weil die Brandwunden oft unnötig tief gemacht werden und schmerzhaft sind, die Kondylomatosis der Schleimhaut der Vagina konnte bisher überhaupt nicht ordentlich

behandelt werden. Rezidive sind bei sachgemäßer Nachbehandlung des Grundleidens nicht vorgekommen.

III. E. Fränkel. Über spontane puerperale Gangrän beider oberer Extremitäten.

(S. Originalartikel. Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XXII. p. 781. Referat s. d. Zentralbl. 1906 Nr. 4. p. 128.)

Diskussion. Dienst hebt hervor, daß, wenn erst eine Überschwemmung des arteriellen Gefäßsystems mit Spaltpilzen von der Placentarstelle aus erfolgt sei, dann auch fast ausnahmslos Veränderungen an den Lungen gefunden würden, daß aber, wenn dieselben ausnahmsweise ganz frei von pathologischen Veränderungen gefunden würden, dann die Annahme eines offen gebliebenen Foramen ovale nahe liegen müsse.

Asch fügt hinzu, daß seiner Erinnerung nach vorübergehend eine Schmerzhaftigkeit in der linken unteren Thoraxhälfte beobachtet war, die aber nicht zu einer Diagnose, ob Milz, ob unterer Lungenlappen erkrankt sei, führte. Jedenfalls könnte immerhin eine kleine septische Lungenembolie vorhanden gewesen sein, von der aus eine neue Aussaat kleinerer im großen Kreislaufe die Gangrän verursachender Embolien stattgefunden habe. Im Herzen braucht dabei keine Endokarditis aufzutreten. Immerhin ist das fast gleichzeitige Auftreten in beiden oberen Extremitäten auffallend. Das Fehlen von Schüttelfrösten, der Mangel einer objektiven Lokalisation entspricht seiner Erfahrung nach nicht dem Vorhandensein von Venenthrombosen im Beckenbereiche.

IV. Kamann zeigt

1) gut zitronengroßes, von der Hinterwand des Uterus breitbasig entspringendes, malignes Chorioepitheliom und Lungenmetastasen. Die Präparate stammen von der Sektion einer 36jährigen Frau, die 2 Jahre vorher eine Blasenmolenschwangerschaft durchmachte. Seit jener Zeit unregelmäßige Blutungen, Abmagerung, Mattigkeit, Brustschmerzen, zuletzt Husten mit blutigem Auswurf und zunehmende, zum Exitus führende Dyspnoe. Bei der Autopsie fand sich das erwähnte Chorioepitheliom; beide Lungen durchsetzt von bis walnußgroßen, metastatischen Knoten, einige gleiche Knoten auch im rechten Leberlappen.

2) fast zweifaustgroßen, soliden, metastatischen Tumor des linken Ovariums bei primärem Gallenblasenkarzinom. Von der Sektion einer 49jährigen Pat. stammende Präparate. Die Gallenblasenwand ist gleichmäßig skirrhös induriert. Die Form und Anordnung der Karzinomzellen kehrt in ein paar spärlichen, flachen Peritonealmetastasen des Douglas und im Ovarientumor wieder, der neben endotheliomartigen Partien in der Hauptsache ein Fibrom mit reichlichen adenokarzinomatösen Einlagerungen darstellt.

Diskussion. Schiller: Ich möchte gelegentlich der Chorionepitheldemonstration zu meinem hier demonstrierten Falle nachtragen, daß derselbe 4 Wochen p. operat. an Metastasen zugrunde gegangen ist. Metastasen fanden sich zahlreich in der Lunge, in dem bekannten Bilde wie in das Lungengewebe eingedrückte Kirschen aussehend, mit kleinen Hämorrhagien umgeben, in der Milz und in dem Netze bzw. Beckenperitoneum. Gefäße (Iliaca) und Darm (S romanum) waren völlig umwachsen. Gehirn, Nieren und Leber waren frei.

L. Fraenkel macht darauf aufmerksam, daß in den metastatischen Lungenknoten stets sich Hämorrhagien ausschließlich in der Peripherie als schmaler, hochroter Saum finden, während das Zentrum von Blutergüssen frei bleibt.

V. Küstner demonstriert den Uterus mit Placenta der Frau E. B., bei welcher er vor einigen Wochen wegen Cervixkarzinoms die Sectio caesarea und die erweiterte abdominale Exstirpation des Uterus gemacht hat.

Frau E. B. war 37 Jahre alt, hatte zuletzt vor einem Jahr, im ganzen 8mal geboren; jetzt kam sie in der 36. Woche der Gravidität in die Klinik mit einem faustgroßen, beiderseits bis an die Beckenwand heranreichenden Cervixkrebs. Das Kind wurde lebend entwickelt, verfiel aber schnell und starb nach 1stündigen Wiederbelebungsversuchen, wie die Sektion erwies, an umfänglichem intrakraniellen

Hämatom, auffallenderweise da weder Geburtstätigkeit des Uterus noch ungünstiger Placentasitz — befindet sich an der Hinterwand des Uterus — die Placentaratmung vor der Entwicklung gestört hatten.

Bei der Uterusexstirpation war Blasenmuskulatur in großem Umfange zum Wegfall gekommen, dementsprechend bildete sich in der Konvaleszenz eine Blasen-Scheidenfistel aus, mit welcher Pat. auch entlassen wurde. Eine in Aussicht genommene spätere Revision soll entscheiden, ob die Fistel nochmals operativ in Angriff genommen werden, oder, falls bereits Rezidiv vorhanden, die Frau E. B. auf Benutzung eines Urinals verwiesen werden soll.

Zur Erläuterung kennzeichnet K. seinen Standpunkt dem Uteruskarzinom gegenüber dahin, daß er jetzt zu dem Prinzip zurückgekehrt ist, welches er schon vor Jahren vertrat, von welchem er aber auf einige Zeit durch die ihm zu bedeutend erscheinende postoperative Mortalität abgebracht worden war. Jedes Uteruskarzinom, mit Ausnahme von den wenigen Fällen, welche bei der Operation nicht einmal einen Palliativerfolg versprechen, wird vom Abdomen aus in Angriff genommen. Erst vom Abdomen aus wird entschieden, ob die Exstirpation vorgenommen werden soll. Ergibt der Einblick und die Betastung vom Abdomen aus, daß der Versuch einer Uterusexstirpation ein absoluter Nonsens ist, wird wieder geschlossen. Auch die ganz wenig umfänglichen Primäraffekte (meist inkorrekt »beginnende« Karzinome genannt) werden in dieser Weise in Angriff genommen; auch diese müssen so radikal wie möglich exstirpiert werden, es gilt ein für allemal das Gesetz, daß für das Karzinom die denkbar beste Operation gerade eben nur genügend ist. Dieser Standpunkt darf eingenommen werden, sobald die postoperative Mortalität bei der abdominalen Operation nicht mehr höher ist als bei der vaginalen. Korpuskarzinome werden im Prinzip von der Scheide aus operiert.

Im Anschluß an diese Demonstration zeigt K. eine Zange, welche er zum Fassen des Corpus uteri bei abdominaler Exstirpation verwendet, und welche ihm zweckdienlicher erscheint als die bekannten. Sie ist groß genug, um zugleich die Adnexe und uterinen Stümpfe der Spermaticae zu fassen, so daß erstere nicht immer in das Operationsterrain hineinhängen und stören, letztere nicht bluten, und besitzt ein Gezähn, welches einerseits sehr fest faßt, andererseits aber nicht so tief verwundet und zerfleischt, daß man nicht ohne Bedenken, nachdem man den Uterus damit gefaßt, nach der abdominalen Revision aber den Plan geändert hat, von der abdominalen Exstirpation des Uterus Abstand nehmen kann.

Diskussion. Schiller fragt, ob Drüsen vorhanden waren, L. Fraenkel nach den Dauerresultaten.

Rothe erinnert im Anschluß an die von Küstner empfohlene Zange, welche bei der abdominalen Totalexstirpation die rückläufige Blutung aus dem Uterus verhindern soll, an die von Mainzer zu demselben Zweck schon vor ca. 2 Jahren angegebene Zange. Sie scheint ihm noch vorteilhafter zu sein, da die Blätter quer oval liegen, und so die Uterusränder resp. den Ansatz der Ligg. lata besser fassen.

Kamann zitiert die von Wertheim auf dem Kieler Gynäkologenkongreß mitgeteilten Dauerresultate.

Küstner (Schlußwort). Herrn Schiller ist zu erwidern, daß in diesem Falle Iliacaldrüsen nicht entfernt sind, weil keine tastbaren vorhanden waren.

Herrn L. Fraenkel und Herrn Kamann möchte ich erwidern, daß ich eine Revision meiner abdominalen Operationen bei Krebs auf Rezidiv noch nicht vorgenommen habe. Mein ältester Fall liegt über 11 Jahre zurück. Die Notwendigkeit, gelegentlich Iliacaldrüsen mit zu entfernen, betone ich seit 10 Jahren und handele danach, also eine Reihe von Jahren vor Wertheim's erster Operation dieser Art. Auch ich glaube, daß ich an der Hand meiner Statistik die Überlegenheit der abdominalen Operation über der vaginalen werde erweisen können.

Sitzung vom 24. Oktober 1905.

Vorsitzender: Herr Küstner; Schriftführer: Herr Asch.

Nach Neuwahl des Vorstandes (Küstner, E. Fränkel, Asch, L. Fraenkel, Biermer)

I. Diskussion über Baumm's Vortrag über Dammnaht. (S. Monatsschr f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XXII. p. 469, ref. in d. Ztrlbl. 1905 Nr. 47 p. 1452.)

Weinhold kann den Gedanken der Baumm'schen Nahtvereinfachung für keinen glücklichen halten. Das Wichtigste an der exakten Vereinigung sei der gute Schluß der Scheidenschleimhaut wegen der Fernhaltung der Lochien und für das Dauerresultat. Gehe für die Heilung der Schleimhautschluß einmal verloren, so resultiere nur ein widerstandsloser Scheindamm, heile aber die Scheidenschleimhaut allein primär, so müsse der Damm dann auch noch sekundär nachheilen und sei vollkommen leistungsfähig. Die Baumm'sche Methode könne wohl in der Hand geübter Gynäkologen leidliche Resultate ergeben, eigne sich aber auf keinen Fall für den praktischen Arzt, welcher sich die zerklüftete, blutig suffundierte und verschobene Wunde mit größtem Vorteile für die Orientierung durch Naht der Scheide und erst recht des Rektums in einen einfachen Dammriß verwandele, um dann diesen mit sehr wenigen tiefen Suturen zu schließen, wobei noch der Vorteil gewonnen würde, daß die Angst der Pat. bei dem größten Teile des Nähens wegen der Schmerzlosigkeit der Schleimhautnähte schwindet, so daß sie sich schließlich die wenigen schmerzempfindlichen Hautnähte geduldig anlegen läßt.

Courant hat im Gegensatz zu Baumm als Anfänger umfassende Nähte gelegt, und ist jetzt der Ansicht, daß es darauf ankommt, die Scheidenrisse isoliert und sorgfältig durch Knopfnähte zu vereinigen. Der Damm heilt dann von selbst. Die Baumm'sche Naht zerrt die obere Scheidenwunde an den Damm heran und bewirkt gerade das, was wir verhindern wollen. Die Methode ist übrigens bekannt und schon von Spiegelberg-Wiener (zweite Auflage 1882) beschrieben und als schlecht erkannt worden. Durch diese Methode wird die Bildung von Dammspalten begünstigt, indem nicht zusammengehörige Teile der Scheiden- und der Dammwunde zusammengebracht werden.

Küstner. Ich kann mich mit vielem von dem in der Diskussion gesagten einverstanden erklären. Besonders betonen möchte ich, daß ich an die Wiederherstellung des zerrissenen Dammes die allerhöchsten Anforderungen stelle, und sie deshalb stelle, weil mir als wichtigste Aufgabe erscheint eine vollständige Wiederherstellung der Funktion. Es muß deshalb die größte Sorgfalt auf eine exakte Wiedervereinigung der verletzten muskulären und fascialen Gebilde verwandt werden. Und zwar muß Millimeter für Millimeter wieder aneinander gepaßt werden, und das halte ich mit einer viel Gewebe tief fassenden summarischen Naht nicht für möglich. Weder bei tiefen partiellen noch bei totalen Dammverletzungen.

Was die ersteren betrifft, so erwachsen aus ihnen später die schwersten funktionellen Störungen, wenn ausgedehnte Zerquetschungen und Zerreißungen des Levator ani stattgefunden haben, Verletzungsformen, auf welche Schatz besonders in verdienstvoller Weise hingewiesen hat. Diese Verletzungen sind oft recht kompliziert, und die Aneinanderfügung der zusammenpassenden Teile ist nur durch die Verwendung von oft zahlreichen verlorenen Catgutsuturen möglich.

Bei den totalen Dammrissen ist es ganz besonders der Sphincter recti, welcher eine tadellose Wiedervereinigung durch sorgfältige Nahtlegung erfordert. Darauf wird sowohl bei der Naht des frischen Risses als bei der Plastik des alten Spaltes im allgemeinen zuwenig Gewicht gelegt, so daß die beiden Enden des drehrunden Schließmuskels oft schief nebeneinander in das Gewebe einheilen. Dann besteht trotz erreichter Prima reunio schwere Funktionsstörung, Inkontinenz der Fäces, zum mindesten der Flatus. Ich habe nicht selten Dämme, welche total zerrissen waren, und welche durch die Naht oder später durch Plastik wieder hergestellt waren und tadellos aussahen, wieder aufgeschnitten, weil die Sphinkterfunktion völlig ungenügend war, die Sphinkterenden aufgesucht und exakt vernäht. Auch diese Verletzungen sehen frisch oft sehr kompliziert aus, so daß man daran verzweifeln könnte, ob es, besonders unter ungünstigen äußeren Verhältnissen, wie sie sich im Privathause oft finden, möglich sei, die korrespondierenden Teile exakt aneinander zu bringen, und daß man es nachempfinden kann, wenn bei einer vor einigen Jahren bekannt gewordenen Gerichtsverhandlung in Leipzig der Standpunkt vertreten

wurde, daß die frische Naht solcher Verwundungen doch so ungünstige Resultate gibt, daß man sie überhaupt unterlassen und die Restitutio einer späteren Plastik vorbehalten soll.

Prinzipiell bei der Naht des frischen Dammrisses von Narkose abzusehen, empfehle ich nicht, es könnte sonst die Exaktheit der Leistung leiden. Ich lehre, wenn der Dammriß bei einer geburtshilflichen Operation, zu welcher narkotisiert wurde, entstand, unmittelbar nach der Geburt des Kindes die Naht mit Benutzung der noch bestehenden Narkose vorzunehmen. Die Nachgeburt bleibt noch im Uterus, ein großer Wattebausch in der Scheide hindert das Überfließen von Blut, die Naht wird gemacht und, wenn sie fertig und die Entbundene erwacht ist, kann sich die Nachgeburtsperiode in physiologischer Weise vollziehen.

Um zusammenzufassen, glaube ich, daß die von Herrn Baumm empfohlene Methode sich sehr gut eignet für nicht tiefe Risse. Auch ist sie dem praktischen Arzte zu empfehlen, sofern eine, wenn auch nicht völlig korrekte Prima intentio immer noch Vorzüge vor dem völligen Ausbleiben einer solchen hat. Der Spezialist aber soll höchste Anforderungen an seine Leistung stellen, und für ihn möchte ich das, was ich auseinandergesetzt habe, gelten lassen.

Asch verweist bezüglich seiner Anschauungen über die Naht des frischen Dammrisses auf seine Arbeit über plastische Operationen[1]. Seiner Meinung nach besteht die zu lösende Hauptaufgabe nicht in der Einfachheit und Schnelligkeit der Dammnaht, sondern in der sorgfältigen Wiederherstellung normaler Verhältnisse. Er bezweifelt, daß an der Lebenden Baumm's Fadenführung, wie sie auf seinen Zeichnungen dargestellt ist, die geschilderten Erfolge haben kann. Da die langen, im Gewebe liegenden Fadenanteile sich nicht parallel aneinanderlegen, sondern nach dem Knüpfen, also vor Anlegung der nächsten Naht, die gezeichnete Raute verzerren, so ist hier eine primäre, lineäre Vereinigung des Risses unwahrscheinlich. Bei den häufigen Y-Rissen ist sie unmöglich. Beim Anziehen des Fadens kann die durch beide Risse führende Schlinge doch höchstens die zwischenliegende Kolumne aus der Wunde herausdrängen. Nichts aber nähert ihr unteres in der Wunde versinkendes Ende den beiden weit abliegenden auseinander gewichenen Grenzen der hinteren Kommissur. Nur die isolierte Naht der Scheidenrisse stellt die einfachen Verhältnisse wieder her. Dann genügen solche äußere Nähte, die für eine Heranziehung des seitlichen Gewebes sowohl wie der Kolumne zur Wiederherstellung der Konkavität der hinteren Scheidenwand sorgen. In erhöhtem Maße gilt das für die bis ins Rektum reichenden Risse. Erzielt Baumm Heilung, so erscheint fraglich, ob der so hergestellte Damm unseren Anforderungen entspricht. A. hält den Damm für den bestgenähten, der bei einer neuen Geburt wie bei der ersten einreißt. Baumm faßt zuviel Gewebe mit jedem Faden und umschnürt deswegen zu stark. Näht man die Scheide mit Catgut, wo jede Spannung im Wochenbett fortfällt, so kann man für die Hautnähte Seide oder Zwirn verwenden. Eine Narkose hält A. für die Dammnaht für völlig überflüssig, desgleichen ein lokales Anästhetikum. Die Empfehlung, die Entbindungsnarkose mit zu benutzen, trifft doch nur für die wenigen Fälle zu, in denen eine die Narkose bedingende Kunsthilfe unmittelbar vorangegangen ist. Die Placentaausstoßung wartet A. ab, ehe er den Damm näht.

E. Fränkel hebt als ehemaliger Assistent Spiegelberg's hervor, daß dieser von jeher das Hauptgewicht auf die exakte Vereinigung eines vorhandenen Scheidenrisses gelegt hat. Er faßte möglichst viel von dem zu restaurierenden Beckenboden durch Durchführen der Nadel tief unter der Scheidenwunde, nähte so zuerst die Scheide und alsdann in einer darauf senkrechten Ebene den Damm. Bei komplettem Dammriß wurde in der bekannten Dreiecksfigur zuerst der Mastdarm, dann die Scheide und der Damm vereinigt. Das Baumm'sche Verfahren erfordert mehr Assistenz und auch die Nahtführung ist nicht so einfach. Gegenüber der von Küstner im Interesse einer Mitverwertung der Narkose der Entbindung für die Dammnaht empfohlene Vornahme der Narkose vor Abgang der Placenta verweist er auf die Möglichkeit der Störung der Nachgeburtsperiode und

[1] Festschrift für Fritsch 1902.

die event. nötigen, die eben ausgeführte Wundvereinigung schädigenden Manipulationen, und empfiehlt in Fällen, wo voraussichtlich ein Dammriß eintreten wird, am Ende der Austreibungsperiode eine Paranephrin-Eukaininjektion in die Labien bzw. den Damm. In den 30 Minuten, die etwa bis zum Eintritt der Lokalanästhesie vergehen, dürfte auch die Placenta schon abgegangen sein.

An die Versammlung richtet er die Frage, ob auch die kleinsten oberflächlichen Risse des Scheideneinganges genäht werden sollen, was er selbst mit Fritsch nicht für nötig hält.

Biermer wünscht schon wegen der exakten Stillung der Blutung aus den Scheidenvaricen, daß eine sorgfältige Naht der Scheidenschleimhaut vorgenommen wird.

Die Dammnaht in Seitenlage ist für Wöchnerin und Arzt bequemer, aber wegen Unübersichtlichkeit der Wundverhältnisse unzuverlässiger im Erfolg.

Krebs hat die Methode des Herrn Baumm von einem Assistenten desselben kennen gelernt und bei nicht übermäßig großen Damm-Scheidenrissen einigemal ausgeführt. Die Ausführung der Naht nach Orientierung über den Riß ist einfach, und die Dämme sind nicht schlechter geheilt, wie nach der üblichen Methode.

Baumm. Die erhobenen Einwände sind theoretischer Natur. Die Hauptsache bleibt: die Dämme heilen sehr gut. Die Naht ist auch technisch nicht schwer, denn selbst junge Assistenten vereinen damit die Dammrisse mit fast nie versagendem Erfolge; sie muß aber genau nach Baumm's Angaben ausgeführt und vorher eine genaue Orientierung über die Sachlage vorgenommen werden.

II. Rosenstein. Über wiederholte Tubenschwangerschaft.

R. hatte in den letzten Jahren zweimal Gelegenheit, Fälle von wiederholter ektopischer Schwangerschaft operativ zu behandeln. Erster Fall: 30jährige Pat. hat vor 12 Jahren zum ersten Male geboren. Entbindung und Wochenbett normal. Vor 6 Jahren erkrankte sie mit Schmerzen im Unterleibe, nachdem die Periode 14 Tage ausgeblieben war. Nach 2- bis 3wöchiger Remission erneute Attacke. Befund: Temperatur 38,5, Puls etwas frequent, Dämpfung und Schmerzhaftigkeit des Abdomens, besonders links. Portio nach vorn und oben gedrängt, Douglas prall gespannt und erfüllt von einer festweichen Resistenz. Abgang von Blut ohne nachweisbare Decidua. 19. November 1898 plötzlicher Kollaps. Überall Dämpfung. Genitalbefund unverändert. Am Morgen des nächsten Tages Laparotomie: Viel freies Blut. Abbindung und Entfernung des linksseitigen Tumors mit der zwischen den Därmen liegenden Frucht. Am 13. Tage nach guter Rekonvaleszenz Entlassung. Präparat: Faustgroßer Tumor, der die vergrößerte, zum Fruchtsack umgewandelte Tube mit dem im Zusammenhange damit stehenden Ovarium darstellt. An der hinteren, oberen Fläche fingergroßes Loch, aus dem Placentargewebe hervorquillt und die Nabelschnur in Verbindung mit der 10 bis 12 Wochen alten Frucht. 2 Jahre post operationem normaler Partus eines lebenden Kindes, desgleichen einer vor 16 Monaten. 27. März d. J. Periode einen Tag zu früh, schwächer als gewöhnlich, eintägig. Am 9. April Untersuchung, Verdacht der rechtsseitigen Tubengravidität, da rechts neben dem Uterus eine undeutliche weiche Resistenz. Am 28. April Laparotomie: Rechtsseitiger Tubentumor nebst Ovarium abgenäht. Glatte Heilung. Präparat: Taubeneigroße Anschwellung der rechten Tube (Pars isthmica). Im Durchschnitt die kirschgroße Eihöhle mit der etwa 14—16 Tage alten Frucht. — Zweiter Fall: 37jährige XIIpara, im Jahre 1896 operiert. Letzte Periode Mitte Oktober, schwächer wie sonst. 8 Tage später im Anschluß an eine heftige Bewegung Schmerzen in der Unterbauchgegend und Blutung. Im rechten Hypogastrium deutliche Resistenz. Erneute Nachschübe innerer und äußerer Blutung. Mitte November Laparotomie: Abbinden des kleinen geborstenen Tubentumors, Zurücklassen von flüssigem Blut (1—1$^1/_2$ Liter) zur Autotransfusion. Nach einigen Wochen Heilung. Präparat: Tube in ihrem mittleren Teile zu einem kleinwalnußgroßen Gebilde angeschwollen, an der Hinterfläche zackiges Loch von Kirschgröße, Höhle leer, Ost. abdom. tubae durchgängig. Nach $^5/_4$ Jahren kommt Pat. zu erneuter Behandlung. Seit 4 Wochen Blutung, nachdem die Periode 8 Tage ausgeblieben, seit 8 Tagen Leibschmerzen. Objektiv: Ko-

lostrum, Blutung ex vagina, links neben dem Uterus kartoffelgroßer, weicher, der linken Tube angehöriger Tumor. Colpocoeliotomia ant.: Viel schwarzes Blut im Douglas. Abbindung von Tube mit Ovarium. Glatte Rekonvaleszenz. Präparat: Tube in ihrem mittleren Teil angeschwollen, auf dem Durchschnitt ein Blutcoagulum von etwa Haselnußgröße.

Für die Wiederholung der ektopischen Schwangerschaft in beiden Tuben gelten die bisher bekannten ätiologischen Momente, die zur Entwicklung einer Tubenschwangerschaft führen. Im ersten Falle, wo nach einer Tubengravidität zwei normale Partus und dann eine erneute Erkrankung der anderen Seite auftritt, ohne vorherige interkurrente Erkrankung der Unterleibsorgane, kann man nur auf pathologische Vorgänge innerhalb des Tubenlumens rekurrieren.

Diskussion. L. Fraenkel demonstriert die Präparate eines Falles, wo es sich um gleichzeitige, ungleich alte, doppelseitige Tubeneier mit je einem Fötus handelte. Im Anschluß daran wird die ungleiche Wertigkeit und deshalb vorzunehmende Klassifikation der Fälle von zweifacher Tubargravidität besprochen.

III. Rothe. Intestinale Autointoxikation nach Laparotomie.

Maligner geplatzter Ovarialtumor; Laparotomie; Ileus; Heilung auf Ezerin.

Diskussion. Küstner: Ich kann in den vom Herrn Vortr. geschilderten Symptomen doch keinen zwingenden Beweis für die Annahme einer intestinalen Intoxikation erblicken. Unter demselben Bilde verlaufen auch gelegentlich, besonders wenn sich die Therapie in den vom Herrn Vortr. gewählten Bahnen bewegt, peritoneale, durch Keimimport bei der Operation bedingte Intoxikationen zur Genesung. Bei der besten antibakteriellen Prophylaxe kann bei komplizierten Operationen Keimimport erfolgen, welcher, besonders wenn es sich, wie im vorliegenden Falle, um maligne Tumoren, dabei um peritoneale Exsudation — Ascites — handelte, die schwersten Symptome veranlassen kann, welche meist in Tod, in selteneren Fällen in Genesung ausgehen. Wir müssen doch immer in solchen Fällen uns vor Augen halten: Die charakteristischen Symptome bestanden erst von der Operation an. Koprostase hatte die Kranke aber auch schon vorher.

Natürlich ist ein exakter Beweis für meine Zweifel nicht zu erbringen, könnte nur durch bakteriologische Entnahme aus dem Peritonealsack erbracht werden, und das ist meist erst nach erfolgtem Exitus (bakteriologische Sektion) tunlich.

IV. Wehowski demonstriert:

a. Einen Ovarial-Kombinationstumor (Karzinom, Dermoid, Ovarialcyste).

b. Einen nach Porro amputierten Uterus mit in situ belassener Placenta, wobei der Uterus post operationem sich durch die Kaiserschnittwunde hindurch samt der fest anhaftenden Placenta umgestülpt hat.

Diskussion. Dienst stellt an den Vortr. die Frage, ob auch er seiner Meinung ist, daß der Zylinderzellkrebs aus einer malignen Degeneration des Entoderms des Embryoms zustande gekommen ist und betont, daß das nicht häufig, sondern relativ selten zu finden sei, da zumeist aus Embryomen hervorgegangene sekundäre Karzinome sich aus dem Ektodermanteile des Zapfens entwickeln und dann Plattenepithelkrebse sind.

Baumm. Daß sich der ausgelöste Uterus kontrahieren kann, dafür sprechen die Sarggeburten, außerdem ein selbst erlebter Fall, in dem ein supravaginal amputierter, schwangerer Uterus einige Zeit nach der Operation das in ihm befindliche Ei gebar.

L. Fraenkel lehnt die Analogisierung des Phänomens mit der Sarggeburt ab, da die Fäulnisgase die Vis a tergo darstellen. Dagegen beobachten wir Kontraktionen der amputierten Gebärmutter bei tragenden, speziell gebärenden Tieren (Kaninchen).

Dienst ist geneigt, die Inversion des Uterus durch Kontraktionen des in seiner vorderen Wandung eröffneten, vorher strotzend mit Blut gefüllten, und dann plötzlich blutleer gewordenen Organes zu erklären. Den Grund für das Zustandekommen solcher Kontraktionen erblickt D. in einem infolge der plötzlichen Abkühlung auf die automatischen Zentren der Gebärmutter plötzlich applizierten

thermischen Reiz und begründet diese Ansicht durch von ihm angestellte Beobachtungen an frisch geschossenem Wild.

E. Fränkel gibt die näheren Daten zu dem von L. Fraenkel erwähnten Falle von Geburt eines polypösen Myoms aus einem supravaginal amputierten Uterus. Dieselbe war nur durch Kontraktionen des exstirpierten hypertrophischen Uterus möglich, die vielleicht durch den starken und plötzlichen thermischen Reiz bei seiner Abtragung ausgelöst wurden.

Küstner. Das von Herrn Wehowski demonstrierte Präparat des nach Porro amputierten Uterus ist von nicht unbeträchtlicher prinzipieller Bedeutung. Es stellt eine Inversio uteri dar, welche allerdings nicht durch die Cervix, sondern durch die Kaiserschnittwunde hindurch erfolgt ist. Diese Inversion ist erst post mortem resp. erst nach der Abtrennung des Uterus von der Frau, also am toten Uterus erfolgt. Die Inversionen, welche sonst an der Leiche bei Gelegenheit der sogenannten Sarggeburten erfolgen, entstehen nun durch Kräfte, wie wir annehmen, und wie besonders durch Schauta begründet ist, welche am schlaffen, nicht kontrahierten Uterus angreifen. Als solche nehmen wir den Druck der gasaufgetriebenen Därme oder den Zug des Fötus an der Nabelschnur bei seiner Geburt in Anspruch. Die Schlaffheit des Uterus ist Conditio sine qua non für die Entstehung der Inversion; die Straffheit und das Kontrahiertsein würde den Uterus vor dem Entstehen der Inversion schützen.

Diese Inversion ist zweifellos durch Kontraktion des Uterus entstanden. Ob diese Kontraktion noch als Leistung von den Zentren im Uterus ausgehend, oder bereits als Sterbevorgang, eine Art Leichenstarre, Eiweißgerinnung im Myometrium aufgefaßt werden muß, muß wohl zunächst dahingestellt bleiben.

Die Analogie mit partiellen Inversionen, wie wir sie gelegentlich am myomatösen amputierten Uterus zustande kommen sehen, ist evident.

Neueste Literatur.

4) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXIII. Hft. 6.

1) G. Zickel (Berlin). Beitrag zur Kenntnis der Pyelonephritis gravidarum.

Verf. berichtet über einen Fall von Pyelonephritis gravidarum, der insofern zu den selteneren gehört, da er erst kurz resp. unmittelbar vor der Entbindung zum Ausbruch kam. Verf. gibt kurz die Krankengeschichte: 36jährige IIpara wird im 8. Monate schwanger in das Charlottenburger Krankenhaus aufgenommen. II. Schädellage. Leichte Wehen, Muttermund für zwei Finger durchgängig. Blase steht. Urin normal. In den weiteren 8 Tagen schreitet die Geburt nicht voran, die Frau befindet sich wohl. Am Abend des 9. Tages plötzlich Schüttelfrost, Temperatur 39,5 °. Am nächsten Morgen erneuter Schüttelfrost, kräftige Wehen. Am Abend spontane Geburt. In den nächsten Tagen hohes Fieber und mehrere Schüttelfröste. Im Urin 2,5‰ Eiweiß. Im Sediment zahlreiche Eiterkörperchen, Nierenepithelien, hyaline und granulierte Zylinder. Die rechte Niere ist stark nach unten disloziert, etwas vergrößert und druckempfindlich, ebenso der rechte Ureter im oberen Abschnitt. Auf geeignete Therapie (Urotropin, Diät usw.) sinkt die Temperatur ab, und es tritt allmählich unter Verschwinden des Eiweißes usw. aus dem Urin Wohlbefinden ein. Am 23. Tage post partum Entlassung. Im Urin noch Eiterkörperchen, Blasen- und vereinzelte Nierenepithelien. Aus dem Falle geht hervor, daß auch ganz akut verlaufende Fälle von Pyelonephritis gravidarum der Diagnosenstellung ganz erhebliche Schwierigkeiten bieten können, da man den Fall zu Anfang naturgemäß als eine septische Puerperalerkrankung auffaßte. Darin liegt auch die Begründung, warum nicht katheterisiert wurde, da keine Erscheinungen von seiten der Nieren dazu Veranlassung gaben. Wäre der erste Schüttelfrost zufällig erst nach der Entbindung aufgetreten, so hätte man noch mehr an eine puerperale Erkrankung denken müssen. Ätiologisch kommen wohl die allgemein

anerkannten Faktoren in Betracht: Abknickung des rechten Ureters durch rechtsseitige Nephroptose im Verein mit der Kompression durch den rechts gelagerten schwangeren Uterus und dem ungünstigeren Verlaufe des rechten Ureters. Die hierdurch bedingte Harnstauung führte bei Hinzutreten einer zufälligen Cystitis zur aszendierenden Pyelonephritis.

2) Kehrer. Über heterologe, mesodermale Neubildungen der weiblichen Genitalien. (Anfang des Originals in Nr. 5.)

Die sogenannten traubenförmigen Sarkome der Vagina und Cervix enthalten häufig heterologe Gewebe, die ersteren quergestreifte Muskulatur, die letzteren außerdem noch Knorpel- und echtes Knochengewebe. Histologisch die gleichen, heterologe Gewebe enthaltende Tumoren kommen, wenn auch seltener, im Corpus uteri vor. Sie sind als »mesodermale Mischgeschwülste« aufzufassen, da sie sich lediglich aus Deszendenten des Mesoderms aufbauen. Die Vaginalmischtumoren treten vorzugsweise im Kindesalter, die der Cervix und des Corpus im geschlechtsreifen und sogar im klimakterischen Alter auf. Doch sind erstere auch zur Zeit der Pubertät, die der Cervix im frühen Kindesalter beobachtet worden. Die Tumoren der Cervix und Vagina zeigen in der Regel ein an die Blasenmole erinnerndes Aussehen. Dasselbe fehlt nach den bisherigen Beobachtungen bei den Mischgeschwülsten des Korpus, der Ligg. lata, Ovarien, bei den ößtenteils aus Knorpel bestehenden Cervixtumoren und bei allen Metastasen, ausgenommen den in der Vagina oder der Blase auftretenden. Die blasenähnliche Gestalt, deren Vorbedingung ein dehnungsfähiger, präformierter Hohlraum ist, erklärt sich durch das exzessive Wachstum einzelner oberflächlich gelegener Zellgruppen bei relativem Wachstumsstillstande der Umgebung, durch die Prävalenz weicher embryonaler Gewebe, endlich durch die auf gestörter Zirkulation beruhende Ödembildung. Blasenähnliches Wachstum können aber auch Tumoren des Korpus zeigen: sowohl gewisse Sarkome, als auch sarkomatös degenerierte Fibromyome. Die Sonderstellung der Mischgeschwülste von Uterus und Vagina ist daher nicht durch das morphologische Aussehen, sondern durch die histologische Zusammensetzung gegeben. Der primäre Tumor an Uterus und Vagina besteht gewöhnlich aus verschiedenartigem Bindegewebe und merkwürdigen, ortsfremden Rundzellen. Bei längerem Bestehen oder nach lokaler Rezidivierung enthält der Tumor die oben bezeichneten heterologen Gewebe, welche sich auch in den Metastasen zeigen können. Aus dem embryonalen Rundzellengewebe entsteht einerseits Knochen und Knorpel, andererseits Sarkomgewebe. Ausgezeichnet sind die vom subepithelialen Gewebe des Uterus oder der Vagina ausgehenden Mischgeschwülste infolge des Gehaltes an embryonalem Gewebe durch rapides Wachstum in der Richtung des Uterovaginalkanales. Trotz des sarkomatösen Charakters erfolgte spät die Ausbreitung auf die Nachbarschaft unter Inanspruchnahme der Lymphbahnen des Beckenbindegewebes. Entfernt gelegene Metastasen sind sehr selten. Sie erscheinen bald als einfache Sarkome, bald als Sarkome mit heterologen Geweben. Die große Malignität zeigt sich in der frühzeitigen Kachexie und in dem besonders bei Kindern schnell letal endigenden Verlaufe. Nach Entfernung aller, auch der scheinbar gutartigen Uterus- und Vaginalpolypen ist fortgesetzte Beobachtung nötig. Die Erkennung der malignen Natur des Tumors hat die Totalexstirpation des Uterus oder der Vagina, oder beider zugleich zur Folge. Die hohe Cervixamputation kommt höchstens für die polypösen primären Cervixmischtumoren in Frage. Die Genese aller Mischgeschwülste des Urogenitalsystems ist in embryonaler Keimversprengung zu suchen im Sinne der Wilms'schen Theorie. Aber auch die Cohnheim'sche Theorie der Verschleppung bereits differenzierter Gewebe ist wohl anzuerkennen. Die Verschleppung embryonaler Keime geschieht sowohl durch den Wolff'schen, als auch durch den Müller'schen Gang und die Urnierenkanäle. Nur so erklärt sich die Lokalisation der mesodermalen Mischgeschwülste in der Pars keratina des Uteruskörpers und den Ovarien. Die mesodermalen Geschwülste bilden die niederste Stufe einer kontinuierlichen Reihe, die über die einfachen Dermoidcysten der Ovarien und des Beckenbindegewebes zu den komplizierten, auf eine dreiblätterige Keimanlage zurückzuführenden cystischen und soliden Ovarialembryonen

ihren Weg nimmt. Ein prinzipieller Unterschied zwischen den auf ein, zwei oder drei Keimblätter zu beziehenden heterologen Tumoren besteht daher nicht. Von den mesodermalen Mischgeschwülsten des Uterus, die durch den Gehalt an verschiedenartigen heterologen Elementen, durch Sarkomgewebe und ein embryonales Rundzellengewebe charakterisiert sind, sind scharf die meist mit Fibromyomen kombinierten Lipome und die knorpel- und knochenhaltigen Fibromyome zu trennen, die fast stets im klimakterischen Alter auftreten. Ihre Entstehung läßt sich nur durch Metaplasie des Bindegewebes unter den oben genauer beschriebenen Bedingungen oder durch embryonale Verschleppung von Lipoblasten erklären. Die Bildungen quergestreifter Muskulatur im puerperalen Uterus und die quergestreifte Muskulatur enthaltenden Ovarialkystome können wohl ebensogut durch Metaplasie wie durch embryonale Keimversprengung erklärt werden. Doch ist Metaplasie unter dem Einfluß eines entzündlichen Zustandes oder einer Geschwulstbildung der Nachbarschaft wahrscheinlicher.

3) K. Wittek. Die sklerotischen Gefäßveränderungen des Uterus bei Nulli- und Multiparen und die klimakterischen Blutungen.

Verf. gibt die Krankengeschichten von vier Fällen mit Schilderung des makro- und mikroskopischen Befundes an den exstirpierten Uteris. In allen Fällen handelte es sich um profuse Uterusblutungen, die durch Darreichung von Sekale nur noch an Intensität zunahmen. Die Begründung hierfür liegt darin, daß es sich um Gefäßveränderungen der Arterien handelte, und daß alle Sekalepräparate kontraktionserregend wirken. Die Kontraktionen können aber auf die starrwandigen Gefäße nicht mehr in dem gewünschten Grade Einfluß haben, weswegen sie also allein auf die weniger degenerierten Venen wirken, diese komprimieren und so venöse Stase hervorrufen und die Blutungen nur noch verstärken. An allen Uteris fand sich eine primäre Gefäßerkrankung, und zwar hauptsächlich eine Intimaaffektion. Die vorhandene Bindegewebswucherung ist eine sekundäre. In einem Falle glaubt Verf. ätiologisch eine Arteriosklerose infolge vasomotorischer Störungen bei nervös veranlagter Person annehmen zu müssen. Bei den übrigen Fällen glaubt Verf., daß die vorangegangenen Geburten Gefäßveränderungen arteriosklerotischer Natur hervorgerufen haben, die den senilen ähnlich sind. Als mechanischer Faktor für die Entstehung der Hämorrhagien kommt wohl noch die auffällige Obliteration der entfernteren Kapillaren im Fundus und im Gegensatz dazu in der Cervix in Frage.

Nach Ansicht des Verf.s ist die Zahl der auf Gefäßveränderungen beruhenden Hämorrhagien eine weit größere, als allgemein angenommen wird. Ätiologisch glaubt Verf. in seinen Fällen eine primäre Gefäßerkrankung, eine Arteriosklerosis auf nicht entzündlicher Basis, hauptsächlich in der Intimabeteiligung bestehend, anschuldigen zu müssen. Außerdem kann man in einer gesteigerten Anzahl von Geburten eine gewisse Disposition zur Sklerose sehen und muß gerade bei Multiparen bei derartigen Blutungen und angesichts des Fehlens anderer klinischer Momente speziell an eine sklerotische Affektion der Uterusgefäße denken.

4) A. Meyer. Gonorrhöe und Wochenbett.

Die puerperale Gonorrhöe ist nicht immer die ungefährliche Erkrankung, als die sie im allgemeinen gilt. Sie kann hohes Fieber (40°) und schwere Allgemeininfektion mit Schüttelfrösten verursachen. Das Allgemeinbefinden kann durch sie derart beeinträchtigt sein, daß das klinische Bild das Aussehen einer septischen Erkrankung annimmt und das Leben ernstlich bedroht erscheint. Inwieweit an der Allgemeininfektion eine Toxinwirkung oder Gonokokkeninvasion ins Blut schuld ist, läßt sich noch nicht feststellen. In ätiologisch zweifelhaften Fällen berechtigen die schweren Allgemeinerscheinungen und hohes Fieber allein nicht zur Annahme einer durch Strepto- oder Staphylokokken erzeugten Sepsis, was forensisch sehr wichtig sein kann. Große Remissionen resp. Intermissionen in der Temperaturkurve und der Wechsel zwischen hohem Fieber und mehrtägigen fieberfreien Perioden sind vielleicht ein auf Gonorrhöe hinweisendes, aber kein für sie beweisendes Zeichen, da ähnliches auch bei nichtgonorrhoischen Puerperalprozessen vorkommt. Die vielfach gemachte Annahme, daß für die Gonorrhöe das Spät-

fieber charakteristisch ist, verdient nicht rückhaltlose Anerkennung. Ob die gonorrhoische Uterusschleimhaut für die Anlage und Ausbildung der Placenta ungünstige Verhältnisse abgibt, oder ob die sich entwickelnde Frucht durch direkte Toxinwirkung auf den mütterlichen oder eigenen Organismus beeinträchtigt wird, ist noch nicht zu entscheiden. **E. Runge** (Berlin).

Geburtshilfliches.

5) **A. Szili** (Budapest). Ein neues Instrument zur Dekapitation.

(Orvosok-Lapja 1905. Nr. 14.)

Das Instrument ist als Ecraseur erdacht. Der Draht des Ecraseurs läuft in einem Rohre, wodurch eine Beschädigung der mütterlichen Weichteile ausgeschlossen ist. **Temesváry** (Budapest).

6) **A. Rosenberg** (Budapest). Haematoma vulvae als Geburtshindernis.

(Smüléazet és Nögyógyászat 1905. Nr. 1.)

26jährige I-Gravida am Ende der Schwangerschaft. Nach 10stündigem Kreißen entsteht in der rechten großen Schamlippe eine sich rasch vergrößernde Geschwulst. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus ist bei der sehr anämischen Frau eine das Scheidenlumen bis zu einem fingerweiten Gang verengende rechtsseitige Haematoma vulvae zu sehen. Kind in Schädellage. Inzision; wegen Anämie schnelles Beenden der Geburt durch leichte Zange. Drainage der Höhle. Glatte Heilung.

Temesváry (Budapest).

7) **Zweifel.** Das Gift der Eklampsie und die Konsequenzen für die Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 7.)

Z. fand in einer ersten Arbeit bei eklamptischen Frauen eine Herabsetzung des Harnstoffs im Verhältnis zum Gesamtstickstoff. Sie muß als Ausdruck einer mangelhaften Oxydation des Eiweißes angesehen werden. Weiterhin zeigte sich eine beträchtliche Vermehrung des Ammoniaks. Analog wie man beim Coma diabeticum aus der Vermehrung des Ammoniakgehaltes auf eine im Blut in erhöhter Menge kreisende Säure schloß, war auch bei der Eklampsie der gleiche Schluß gerechtfertigt. Es handelte sich nur um die Frage, welche Säure dabei in Betracht kommt. Schwefel- und Phosphorsäure mußten in dieser Beziehung nach weiteren Untersuchungen des Verf.s ausgeschlossen werden. Ihre quantitative Bestimmung bestätigte nur die bereits bekannte, mangelhafte Oxydation des Eiweißes im Körper der Eklamptischen. Schließlich gelangte man durch die unter der Direktion von Hoppe-Seyler ausgeführten Arbeiten zu dem Resultate, daß die gesuchte Säure Fleisch-Milchsäure sein könnte. Wenn man ein Tier in eine Atmosphäre bringt, die weniger als die Hälfte des normalen Sauerstoffgehaltes der Luft enthält, so scheidet dasselbe sehr große Mengen von Fleisch-Milchsäure aus, sie ist eben das Produkt einer mangelhaften Oxydation im Tierkörper.

Verf. fand im Urin eklamptischer Frauen in 18 nacheinander untersuchten Fällen regelmäßig die Fleisch-Milchsäure. Leichter gelingt der Nachweis im Blut, ihr Vorkommen ist auch da ein sehr regelmäßiges. Nun könnte das Auftreten der Fleisch-Milchsäure ja nur eine Folge der Krämpfe und somit ohne ursächliche Bedeutung für die Entstehung der Eklampsie sein. Um in dieser Beziehung Klarheit zu schaffen, untersuchte Z. das Nabelschnurblut und die Placenten auf Milchsäure. »Es fand sich dreimal prozentualiter mehr Milchsäure im Nabelschnurblut als im Aderlaßblut der Mutter und dreimal in dem Extrakt der Placenta mehr als im zugehörigen Aderlaßblut«. (Mitgeteilt im Arch. f. Gyn. 1905. Hft. 3.)

Auch im Urin oder Blut bei der Schwangerschaftsnephritis glückte der Nachweis dieser Säure. Neue Behandlungsmethoden können zwar aus diesen Tatsachen nicht abgeleitet werden, aber ihre Kenntnis verleiht doch ein wichtiges Verständnis für das gerade Angezeigte.

Da das Kind also in irgendeiner Weise als Veranlassung oder Ursache der Krankheit angesehen werden muß, so ist der wichtigste Grundsatz für die Therapie eine möglichst beschleunigte Entbindung jeder eklamptischen Frau. Man soll nicht Anfall auf Anfall abwarten, denn die Mortalität der nach einer größeren Anzahl von Krämpfen in die Leipziger Klinik eingelieferten Frauen betrug 33 %, während bei Einleitung der Entbindung sofort nach dem ersten Anfalle die Mortalität nur 6 % erreichte.

Sodann ist die Prophylaxe sehr wichtig, und zwar nicht nur die subtilste Behandlung der Schwangerschaftsnephritis, sondern auch leichte Symptome, wie Kopfweh, Erbrechen, Sehstörungen müssen beachtet werden.

Verf. ist Gegner der Morphiumbehandlung und aller Schwitzkuren, sowie der Wicklungen. Dagegen ist von großem Vorteil der Aderlaß mit nachfolgender Kochsalzinfusion. Ferner soll jedesmal gleich anfangs eine Magenspülung gemacht werden. Zur Anregung der Harnabsonderung Digitalis! Schließlich wäre im Prinzip am meisten vom Sauerstoff zu erhoffen, wenn es in irgendeiner Form gelingt, ihn dem Körper in reichlicher Menge zuzuführen. **Frickhinger** (München).

8) **C. Aale.** Eklampsie in der Gebäranstalt Christianias 1895—1904.

(Tidskrift for den norske laegeforening. 1905. p. 114 u. 277.)

Bei 10426 Geburten waren 166 Fälle von Eklampsie = 1,59 %. 133 Erstgebärende, 32 Mehrgebärende, 1 unbekannt. Bei 38 war die Geburt nicht begonnen. Bei 89 kam die Krankheit während der Geburt, bei 38 im Wochenbette zum Ausbruch. — Einmal trat die Krankheit im 4. Schwangerschaftsmonat auf.

Es sind bei einer Pat. über 500 Anfälle beobachtet, davon 368 in 24 Stunden.

7 waren Zwillingsgeburten.

Die jüngste Pat. war 13 3/4 Jahr, die älteste 46 Jahre alt.

Die Herbst- und Wintermonate zeigen ein etwas häufigeres Vorkommen.

Die Behandlung ist vorwiegend exspektativ gewesen, im letzten Jahre doch etwas mehr aktiv.

Mortalität der Mütter 25,6 %,
» » Kinder 27,4 %.

Im Anschluß an die Statistik gibt Verf. eine Darstellung des heutigen Standes der Eklampsiefrage. **K. Brandt** (Christiania).

9) **R. Jardine** (Glasgow). Klinische Bemerkungen über eine Reihe von Fällen von Eklampsie.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire. 1905. Juli.)

In den letzten anderthalb Jahren hat J. in der Glasgower geburtshilflichen Klinik 15 Fälle von Eklampsie beobachtet.

Alle Fälle, mit Ausnahme eines, wurden mit Injektion von Salzlösungen behandelt, und zwar setzt er der physiologischen Chlornatriumlösung 2 g Natron aceticum pro Liter zu. Daneben starke Abführmittel und heiße Einpackungen, welch letztere eine besonders gute beruhigende Wirkung ausüben, und vor allem Blutentziehungen, und zwar recht reichliche mit nachfolgender intravenöser Injektion der Salzlösung. Früher wandte J. häufig Accouchement forcé an, das er jetzt verlassen hat und nur gebraucht, wenn trotz der angewandten Mittel die Krämpfe andauern, was selten vorkommt. Bei andauernder Unruhe gibt er Chloral- oder Bromkalium. Morphium hat er in den letzten Jahren nicht mehr angewandt.

Er empfiehlt sein Verfahren sehr warm und teilt die einzelnen Fälle kurz mit. **Engelmann** (Kreuznach).

10) **R. de la Harpe** (Dublin). Die Behandlung der Eklampsie durch große Dosen Morphium.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire. 1906. Februar.)

H. gibt einen Bericht der in dem Rotunda Hospital in Dublin angewandten Methode und der Resultate derselben in den letzten 13 Jahren.

Die Methode besteht darin, daß jedes aktive Vorgehen vermieden wird. Morphium wird subkutan injiziert, zunächst 1/2 Gran, dann, wenn nötig, alle 2 Stunden 1/4 Gran. Viel Getränk, wenn möglich; sonst durch den Magenschlauch. Ausspülung des Darmes und Einspritzung von Salzlösung in denselben. Warme Umschläge, resp. warme Einpackungen des Körpers. Liegen auf der Seite und Vermeidung jeder Speise. Bei schwachem Puls Digitalin subkutan, bei stertorösem Atmen Atropin. Selten Venäsektion mit nachfolgender Kochsalzinfusion.

Die Mortalität vor Einführung dieses Verfahrens betrug im Rotunda Hospital 35,3 %, die heutige nur 16,9 %. Unter 71 Fällen 12 Exitus. Unter 47,924 Entbindungen fanden sich 70 Fälle von Eklampsie, d. h. 0,146 %, halb soviel wie in Wien, wo dieselbe 0,25 % betrug. **Engelmann** (Kreuznach).

11) **Esch.** Zur geburtshilflichen Therapie der Eklampsie.

(Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.)

Unter Bezugnahme auf die Arbeit von Liepmann und seine Statistik sucht Verf. nachzuweisen, daß man Gefahr läuft, den Erfolg der Schnellentbindung bei der Eklampsie zu überschätzen. Bei sehr forcierter Anwendung der Schnellentbindung betrug in der Berliner Universitäts-Frauenklinik bei 36 Fällen vom 1. Mai 1905 bis 1. Januar 1906 die Mortalität doch 22,2 %. Damit ist bewiesen, daß die Schnellentbindung kein spezifisches Heilmittel darstellt, sondern nur ein symptomatisches. Man muß unterscheiden zwischen schweren und leichten Fällen. Bei freiem oder nur wenig gestörtem Sensorium, freier Atmung und guter Beschaffenheit des Pulses soll man abwarten. Die Schwere und Intensität des Anfalles ist nach der Zeitdauer und nach seiner Wirkung auf das Sensorium, die Atmung und den Puls zu beurteilen. Der Typus der Anfälle wechselt fast nie plötzlich. Bei Mehrgebärenden und Erstgebärenden mit nachgiebigen Weichteilen bei verstrichener Portio macht man mit Vorteil die Blasensprengung. Von der Wendung nach Braxton-Hicks ist im allgemeinen abzuraten, da es sich in 3/4 aller Eklampsiefälle um Erstgebärende handelt. Bei völlig erhaltener Portio hat der Praktiker zu überlegen, ob er imstande ist, die Entbindung sofort vorzunehmen, da diese Forderung jeden Augenblick an ihn herantreten kann. Wenn nicht, so soll die Kranke einer Klinik überwiesen oder es soll ein Spezialist beigezogen werden.

Frickhinger (München).

12) **W. Liepmann.** Zur Ätiologie der Eklampsie. Ein Beitrag zur Frage der Schnellentbindung bei der Eklampsie. II. Mitteilung.

(Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 51.)

In der I. Mitteilung, über die bereits referiert ist, hatte Verf. an der Hand seiner Versuche gezeigt, daß die Toxine in der Eklampsieplacenta selbst zu suchen sind. Inzwischen wurden weitere Versuche angestellt, die sich unter Mithilfe von Fr. Aronson im ganzen auf 113 Tierexperimente belaufen. Die Wirkung der intraperitonealen Einspritzung des aus der Eklampsieplacenta hergestellten Pulvers in Lösung war immer die gleiche. Das in der Placenta sich vorfindende Gift zeigt folgende Eigenschaften: 1) Es ist fest an das Eiweißmolekül gebunden. 2) Es ist für Kaninchen stark toxisch. 3) Es ist äußerst labil. 4) Es ist durch eiweißfällende Mittel aus dem Preßsaft zu entfernen. 5) Es ist bis jetzt noch nicht möglich, es auf chemischem Wege zu extrahieren.

Unter Berücksichtigung der klinischen Erscheinungen ergab die Versuchsreihe, daß die Placenta eine aktive Rolle bei der Produktion des Eklampsiegiftes spielen muß. Denn die Giftigkeit der Placenta und die Schwere des klinischen Bildes waren durchaus nicht immer proportional. Man kam vielmehr zu folgendem Resultate: Je mehr Gift in den Organismus übergetreten ist, je mehr Anfälle auftreten, um so weniger Gift findet man in der Placenta. Umgekehrt ist die Placenta um so giftreicher, je weniger Anfälle vorangegangen sind.

In Analogie mit der Bildung der Fermente scheint bei der Genese dieses Giftes das Chorionepithel eine wesentliche Rolle zu spielen: Die Placenta scheint daher Bildungsstätte und Ausgangspunkt des Giftes zu sein. Das Gift zeigt eine

ausgesprochene Affinität zur Gehirnzelle, die durch dasselbe gelähmt wird und es neutralisiert. Außerdem ruft das Gift in erster Linie eine Schädigung des Nierenparenchyms hervor, dann aber auch der Lebersubstanz. Die Nierenschädigung ist stets sekundäre Folge der Vergiftung, bei schon bestehender Eiweißausscheidung kann diese durch das Gift erheblich gesteigert werden.

Die sofortige Entbindung ist daher die beste Eklampsiebehandlung, diese Behauptung erweist sich bei statistischen Vergleichen der abwartenden Methode und der Schnellentbindung als richtig. Als unterstützende Mittel dienen Kochsalzinfusionen und Aderlaß. Bei schwer komatösem Zustand und oberflächlicher Atmung mache man künstliche Atmung. Eine direkt schädliche Wirkung sollen die warmen Einpackungen haben, durch die reichliche Schweißabsonderung soll nach Bumm das Gift konzentrierter gemacht werden. **Frickhinger** (München).

13) W. Loennecken. Abort. Eine kurze Darstellung der Verhältnisse und Behandlung bei Abort.

(Medicinsk revue, Bergen. 1905. p. 131.)

Bei geschlossenem Muttermund empfiehlt Verf. Scheidentamponade. Zur Ausräumung der Gebärmutterhöhle den Finger, die Abortzange und die stumpfe Curette; er warnt gegen die Anwendung der Kornzange. **K. Brandt** (Christiania).

14) Moebius. Die Behandlung des Abortes in der allgemeinen Praxis.

(Therapeutische Monatshefte 1905. September.)

Jede instrumentelle Behandlung mit Curette, Abortzange u. dgl. wird grundsätzlich verworfen, selbst zur Herausbeförderung der gelösten Massen, die dem Finger entgleiten, bedient man sich am besten der Uterusausspülung. Zur Eröffnung des nicht genügend erweiterten Muttermundes dient eine feste Tamponade aus Dührssen's Büchse Nr. 2, die auch eine absolute Sicherheit gegen die Blutung bietet. **Witthauer** (Halle a. S.).

15) L. Kleinwächter (Czernowitz). Die Therapie des spontanen und artifiziellen Abortes.

Leipzig, **Benno Konegen**, 1906.

Verf. gibt dem praktischen Arzt in dem kleinen Büchlein eine ausführliche Anleitung zur Behandlung des Abortes und aller dabei event. möglichen Komplikationen. Er zeigt vor allem, wie jeder einzelne Fall individuell behandelt werden müsse, und zwar so, daß dabei die natürlichen Vorgänge möglichst nachgeahmt werden. — Verf. bevorzugt die Dilatation mit Dilatatoren und folgender Tamponade. Er ist ein Gegner der Curette, deren Anwendung er nur auf die Fälle beschränkt sehen will, in denen es bei engem Muttermunde darauf ankommt, den Uterus bald zu entleeren, wie bei bestehender Infektion, Placentarpolypen usw. Wegen der in der Praxis damit verbundenen Gefahren warnt Verf. vor Anwendung der Narkose. Dagegen empfiehlt er sehr die Lagerung der Pat. auf einen Tisch. (Das zum Schluß von Verf. »selbst ersonnene« Verfahren zur Einleitung des künstlichen Abortes dürfte sich kaum von der in vielen anderen Anstalten geübten Methode unterscheiden, nur daß in diesen der Uterus nicht mit Karbollösung gespült wird. Ref.) **Michel** (Koblenz).

16) H. Doerfler (Weißenburg a. S.). Ein weiterer Fall von Pubiotomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 10.)

Eine Mitteilung, die im Gegensatz zu allen bisherigen aus Kliniken stammenden Veröffentlichungen über diese Operation direkt aus der Praxis hervorgeht, ist auch für andere in der Praxis stehende Ärzte ermutigend, an die Operation heranzugehen.

Die Pubiotomie wurde nach der Döderlein'schen Modifikation ausgeführt, ihr Verlauf war glatt und der Erfolg durchaus befriedigend. Die Nachbehandlung war durch das Auftreten eines umfangreichen hämorrhagischen Ödems der großen Schamlippe auf der der Pubiotomie entsprechenden Seite und durch eine Venen-

thrombose des Oberschenkels kompliziert. 6 Wochen nach der Operation konnte Pat. wieder vorzüglich gehen.

Die Venenthrombose wurde wohl veranlaßt durch Druck eines in der Umgebung der Vene gelegenen Blutaustrittes. Der Thrombose könnte vorgebeugt werden durch möglichste Verhinderung einer Nachblutung (Kompression) und durch Beförderung des Blutstromes in der Vene (passive Bewegungen, vorsichtige Massage der gefährdeten Stelle).

Bei der Durchsägung des Knochens ist besondere Vorsicht darauf zu verwenden, daß die Säge nicht abbricht und im Knochen stecken bleibt.

Frickhinger (München).

17) O. v. Franqué. Weitere Bemerkungen zum Schambeinschnitte nach Gigli.

(Prager med. Wochenschrift 1906. Nr. 14.)

Als Einleitung einige Winke zur Technik und Indikationsstellung. v. F. verfügt bis jetzt über ein Material von neun ausgeführten und zwei prophylaktisch begonnenen, aber dann nicht durchgeführten Fällen.

Zwei neue Operationsgeschichten:

1) Bei bereits fiebernder Ipara mit einer Vera von $6^3/_4$—7 cm, nach wiederholtem Zangen- und Wendungsversuch (außerhalb der Anstalt). Günstiger Erfolg für Mutter und Kind, das mittels hoher Zange entwickelt wurde.

2) 19jährige Ipara. Vera 8 cm. Fieber infolge protrahierter Geburt. Komplikation durch starke Blutung aus der Scheiden-Damminzision, die fast bis zur Portio weitergerissen ist.

In beiden Fällen prompte Heilung der Operationswunden. Im letzten Falle das Kind am 7. Tage gestorben (submeningeale Blutungen und einzelne blutige Infiltrationen der Rindensubstanz.

Knapp (Prag).

18) E. Truzzi (Padua). Über zwei Fälle von Hebotomie und über die dauernde Erweiterung des mütterlichen Beckens.

(Ann. di ost. e gin. 1905. September.)

Bericht über zwei Fälle von Schambeinschnitt, beide mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind. Es handelte sich in beiden Fällen um ein platt-rachitisches Becken; die Durchtrennung des Knochens gelang leicht mit Hilfe der Gigli'schen Drahtsäge. Die eine Entbindung wurde durch innere Wendung beendigt, die andere mit Hilfe des Forceps; in beiden Fällen war eine vorübergehende Tamponade der Operationswunde notwendig. Das Wochenbett war im ersten Falle kaum gestört, im zweiten durch leichte Thrombophlebitis kompliziert. Die Heilung des durchsägten Knochens erfolgte stets in normaler Weise.

Im Anschluß an diese beiden Fälle erörtert Verf. die Frage, ob die seitliche Durchtrennung der Schambeine auch imstande sei, eine dauernde Erweiterung des Beckenringes zu ermöglichen, in ähnlicher Weise, wie es bisweilen nach der Symphyseotomie geschieht; die genannte Frage ist noch durchaus strittig. Der Umstand, daß nach der Hebotomie eine feste und sichere Konsolidierung des Beckenringes einzutreten pflegt und eintreten soll, ist an und für sich einer dauernden Erweiterung nicht gerade günstig. Andererseits ist der Vorschlag Van de Velde's, die beiden Knochenfragmente einander nicht berühren zu lassen, wegen der Gefahr der Pseudarthrose oder einer abnormen Callusbildung in seinem Werte noch sehr anfechtbar. Dagegen könnte ein anderes Verfahren von Nutzen sein, nämlich die Interposition eines wenig oder gar nicht dekalzinierten Knochenstückes zwischen die Fragmente des Schambeines; auch autoplastische und osteoplastische Operationen könnten in Frage kommen. Alle diese Methoden verdienen nach Verf.s Meinung eine weitere Prüfung und Ausarbeitung; es könnte wohl möglich sein, hierdurch eine dauernde Erweiterung des Beckenringes zu erzielen, die, wenn sie an sich auch nicht allzu bedeutend ist, doch durch die Verlängerung der Eingangsdurchmesser (des queren ebenso wie des sagittalen) einen wesentlichen Einfluß auf spätere Geburten gewinnen könnte. Zurzeit ist freilich von derartig komplizierten

Operationen abzusehen; in erster Linie verdient jedenfalls die subkutane Operationsmethode nach Döderlein die ernsteste Beachtung und Nachfolge.

Bartsch (Heidelberg).

19) **A. Bauereisen.** Über die Hebotomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 51 u. 52.)

Bei den vom Verf. mitgeteilten zwei Fällen konnte einmal nach der Operation die Geburt vollständig den Naturkräften überlassen werden, das andere Mal wurde schließlich noch die Anlegung der Zange notwendig. In diesem Verhalten des Zuwartens und der schließlichen natürlichen Beendigung der Geburt sieht Verf. einen sehr wichtigen Faktor für die Auffassung der Hebotomie. Sie soll nicht eine entbindende, sondern eine vorbereitende Operation sein. Die Schmerzen von seiten der Hebotomiewunde sind bei der Wehentätigkeit gleich Null. Verf. schreibt der bisher geübten sofortigen Entbindung die Schuld zu an den schweren Scheidenverletzungen, die von verschiedenen Autoren beobachtet wurden, ebenso an der verhältnismäßig großen Anzahl asphyktischer Kinder.

Bezüglich der Indikationsstellung zur Hebotomie kennzeichnet sich der Standpunkt des Verf.s dadurch, daß er in dieser Operation »fast das Ideal einer geburtshilflichen Operation zur Errettung des lebenden Kindes« erblickt. Die hohe Zange und die prophylaktische Wendung, die so hohe Gefahren für Mutter und Kind in sich schließen, die in ihrem Erfolge so unsichere künstliche Frühgeburt sind in Zukunft auszuschalten, wenn es sich darum handelt, ein lebendes Kind zu erhalten. »Die Tötung des lebendes Kindes in Kliniken und in absehbarer Zeit vielleicht auch in der allgemeinen Praxis wird in Zukunft nur noch als Erinnerung bestehen.«

Die Nachbehandlung der Hebotomiewunde besteht in der einfachen Auflegung eines Kollodiumverbandes. Beckenverband ist unnötig. Die an dem medialen Teile des Schambeines inserierenden Muskeln (M. adduct. long. und gracilis, ein Teil des M. adduct. brev.) verhindern ein zu weites Klaffen der Knochenwunden sogar während der Wirkung der Preßwehen. Das Weglassen des Beckenverbandes hat aber sogar einen Vorteil, indem es unter Umständen zu einem sehr erwünschten Endresultate führt, nämlich zu einer bindegewebigen Vereinigung der durchsägten Knochenenden. So geschah es in den beiden vom Verf. mitgeteilten Fällen. Alle Beckendurchmesser erfahren dadurch eine dauernde Erweiterung. Die Prognose späterer Geburten ist gebessert. **Frickhinger** (München).

Verschiedenes.

20) **D. H. Craig** (Boston). Die Vernähung der Cervixrisse. Eine Untersuchung über den richtigen Zeitpunkt dieser Operation.

(Journ. of the amer med. assoc. 1903. Oktober 31.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Sofortige Vernähung eines Cervixrisses ist nur in Ausnahmefällen angezeigt.

2) Vernähung des Cervixrisses im Wochenbett ist kontraindiziert.

3) Die Operation ist angezeigt sowie Symptome sich einstellen, die zweifellos mit dem Klaffen der Cervix zusammenhängen, und wenn diese Symptome durch palliative Maßnahmen nicht behoben werden können.

4) Operationen an Frauen über 35 Jahre geben bessere Dauerresultate als bei jüngeren Personen.

5) Die Operation ist angezeigt als prophylaktische Maßnahme gegen Entstehung einer malignen Erkrankung, wenn die Pat. dem für Karzinom disponierenden Alter nahe ist und die Cervix sich in einem »zellulären Reizzustande« befindet, einerlei ob Symptome vorhanden sind oder nicht.

6) Zerreißungen der Cervix, bei denen die Operation nicht angezeigt ist, sollten unter sorgfältiger ärztlicher Kontrolle stehen, sowie das »Karzinomalter« heranrückt.

7) Wenn auch der Geburtshelfer in vielen Fällen außerstande ist, Zerreißungen der Cervix zu verhüten, so kann doch eine genaue Durchführung der Asepsis die primäre, spontane Verheilung solcher Verletzungen wesentlich erleichtern und zur Verringerung der tracheloplastischen Operationen beitragen.

Frickhinger (München).

21) **O. O. Witherbee** (Los Angeles, Cal.). Eine Abweichung von den gewöhnlichen Methoden der Naht der Bauchdecken, einschließlich der Hernien.

(Journ. of the amer. med assoc. 1903. Oktober 10.)

Die Erfahrungen mit versenkten Nähten sind so ungünstige, daß Verf. seit Jahren nur Silkworm anwendet. Er näht das Peritoneum mit Silkworm fortlaufend und führt beide Enden durch die Bauchdecken in der Nähe der beiden Wundwinkel heraus. So kann er die Naht zu beliebiger Zeit mit Leichtigkeit wieder entfernen. Zur Vereinigung der Fascie dienen Achternähte, jedoch so, daß die Fäden, durch das subkutane Fettgewebe gehend — einige Zentimeter vom Wundrand entfernt —, auf einem die Bauchwunde umgebenden U-förmigen Rahmen aus Aluminum oder Hartgummi paarweise geknotet werden (cf. Amann's Schleifennaht d. Ref.). Die Haut wird intrakutan genäht. So sind alle Vorteile der versenkten Naht erreicht, während die Gewebe weniger malträtiert werden und in ihrer Ernährung nicht so gestört sind. Auch kann die Spannung der Nähte jederzeit verändert werden. Ebenso ist der kosmetische Effekt sehr befriedigend.

Frickhinger (München).

22) **J. A. Sampson** (Baltimore). Die Stillung der nach Beckenoperationen auftretenden Blutungen durch Tamponade des Beckens mittels eines Proktoskopes und Gegentamponade von der Vagina aus.

(Johns Hopkins Hospital Bull. 1903. September.)

Es kann der Fall eintreten, daß eine Nachblutung nach einer Operation Intervention erheischt, die Pat. aber so schwach ist, daß eine ausgedehnte Wiedereröffnung des Abdomens unter Narkose zu hohe Lebensgefahr brächte. Da wendete Verf. mit Erfolg folgendes Verfahren an: durch den unteren Winkel der Bauchwunde wird ein schmales, sterilisiertes, mit sterilem Öl eingefettetes Proktoskop bis auf den Beckenboden eingeführt. Nach Entfernung des Obturators können verschiedene Partien des kleinen Beckens durch entsprechende Bewegungen des Spekulums und reflektiertes Licht dem Auge sichtbar gemacht werden. Dann wird die Beckenhöhle durch das Lumen des Instrumentes hindurch mit Gaze austamponiert und das Spekulum allmählich — wie sich das Becken füllt — zurückgezogen. Über den Leib kommt ein Druckverband, dann wird, um einen Gegendruck auszuüben, auch die Vagina fest austamponiert. Dabei ist von besonderer Wichtigkeit, daß die Cervix möglichst in die Höhe gedrängt wird. Denn erfahrungsgemäß steht bei Zug der Cervix nach oben selbst die Blutung aus den nicht versorgten Arteriae uterinae. Der Druck der Scheidentamponade wird noch gesichert mittels eines Wattebausches, der durch eine Binde fest dem Damm und der Vulva angepreßt wird. Diese Binde kann an dem über den Leib gelegten Verband befestigt werden. Die Vorteile dieses Verfahrens bestehen in der Sicherung der Diagnose einer beginnenden Peritonitis oder einer intraabdominellen Blutung gegenüber schweren Erscheinungen von seiten des Herzens oder der Lunge, in der Möglichkeit der Stillung einer Blutung ohne eingreifende Operation, in der Einführung der Gaze durch eine sterile Tube, wodurch die Infektionsgefahr sehr gering wird.

Frickhinger (München).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 38. Sonnabend, den 22. September. 1906.

Inhalt.

I.

Zur Indikation und Technik der Hebotomie.

Von

Dr. L. **Seeligmann** in Hamburg.

In Nr. 32 dieses Zentralblattes nimmt Bumm das Wort, um nicht nur in bezug auf die Indikation zur Hebotomie, sondern auch über die einzuschlagende Methode und das zu benutzende Instrumentarium eine Entscheidung zu treffen. Er glaubt den Kollegen empfehlen zu müssen, sich nicht erst lange mit den von anderen Autoren gemachten Vorschlägen aufzuhalten, sondern die von ihm erfundene Nadel zu gebrauchen und das Verfahren zu üben, das in seiner Klinik angewandt wird, das, wie Bumm behauptet, »an Einfachheit, Sicherheit und Ungefährlichkeit kaum mehr etwas zu wünschen übrig läßt«. Trotz der festen Überzeugung, mit der diese Behauptungen aufgestellt werden, will ich es nicht unterlassen, einige Einwendungen zu machen. Ich fühle mich hauptsächlich deshalb dazu berufen, da nach eingezogenen Erkundigungen bei dem Fabrikanten, meine im Juni 1905 angegebene Hohlsondennadel zur Durchführung

der subkutanen Hebotomie bis jetzt in die Hände von ca. 80 deutschen und ausländischen Ärzten gelangt ist, und weil ich nun durch diese Auseinandersetzungen verhindern möchte, daß nach den Ausführungen Bumm's dieses höchst brauchbare Instrument in die Rumpelkammer alten ärztlichen Rüstzeuges wandert.

Auch Bumm hat, wie Stoeckel, den Zeitpunkt nicht angegeben, an welchem er zuerst die Pubotomie mit seiner Nadel gemacht hat, und wie weit er sich bei dieser seiner Methode auf die früheren Arbeiten anderer Autoren stützen konnte. Es wäre vielleicht angebracht gewesen, hierüber Klarheit zu schaffen, zumal da Stoeckel auf die Kritiken seiner Arbeit in Nr. 8 dieses Zentralblattes bislang nicht geantwortet hat.

Zunächst nun einige Bemerkungen zur Indikationsstellung der Hebotomie. In der mehrfach zitierten Arbeit Stoeckel's in Nr. 3 dieses Zentralblattes schreibt dieser Autor, daß sie beim plattrachitischen Becken eine Conjugata vera von 8 cm, bei allgemein verengtem Becken eine solche von 8,5 cm als unterste Grenze für die subkutane Pubotomie ansehen müßten. — Bumm hält in Nr. 32 dieses Zentralblattes diese unterste Grenzbestimmung seines Mitarbeiters nach weiteren Erfahrungen und Verbesserung seiner Methode nicht mehr aufrecht, indem er in seiner Arbeit hierzu folgendes bemerkt: »Anfänglich gelang es uns nicht, immer mit der subkutanen Durchsägung eine genügende Erweiterung des Beckenringes zu erzielen. Durch Verbesserung der Methode (wodurch verbessert?) läßt sich aber auch bei stärkerer Verengerung bis zu knapp 7 cm Conjugata vera noch eine gute Erweiterung erreichen.«

Ich habe schon in der Kritik der Stoeckel'schen Arbeit darauf hingewiesen, daß durch die spitze Nadel, die hart am Knochen eingestochen wird, der Bandapparat, der hierbei in Betracht kommt, nicht gehörig durchtrennt wird, und daß es nötig ist, vor Einführung der Nadel, einen kleinen kräftigen Einschnitt bis auf den Knochenrand des horizontalen und absteigenden Schambeinastes zu machen. Erst wenn dieser Bandapparat genügend durchtrennt ist, tritt nach ausgeführter subkutaner Durchsägung des Knochens ein vollständiges Klaffen der durchsägten Knochenränder ein. Die spitze Nadel, die ohne Weichteilschnitt zwischen großer und kleiner Lippe hart am Knochen eingestochen wird, ist eben dazu nicht imstande. So ist es mir in einem meiner Fälle gelungen, noch bei einer Conj. vera von ca. 6 cm die Operation nach meiner Methode mit glücklichem Erfolg für Kind und Mutter zu vollenden. Vielleicht entschließt sich Bumm in einem derartigen Falle einmal dazu, auch eine andere Methode und ein anderes Instrumentarium, als das seine zu erproben, so daß er dann die Grenze für die Pubotomie noch weiter nach unten zu rücken vermag, als er es jetzt schon durch Verbesserung seiner Methode konnte. — Soviel über die Indikationsstellung.

In bezug nun auf die Technik der Methode und die Art ihrer Ausführung, kann ich auf meine Arbeiten in Nr. 40 1905 und Nr. 8

1906 ds. Blattes und Nr. 18 1906 der Münchener med. Wochenschrift verweisen, und will ich dem dort Gesagten nur noch weniges hinzufügen.

Ich habe es bei meiner Hohlsondennadel mit Absicht vermieden, sie so scharf zu machen, um die äußere Haut damit leicht durchstechen zu können, weil ich es schon aus den oben angeführten Gründen für richtig halte, die Weichteile und den Bandapparat mit einem kleinen kräftigen Skalpellschnitt bis auf den Knochen zu trennen, um dann die mit der Säge armierte Sonde, ohne in die Scheide einzugehen, von oben nach unten, gegen den tastenden Finger vorzustoßen. Bumm hat mich in seinem Aufsatz nicht davon überzeugt, daß sein Verfahren besser, sicherer und ungefährlicher ist. Er mußte ja selbst zugeben, daß er in seinen ersten Fällen eine genügende Erweiterung nach dem Durchsägen des Knochens nicht erreichte, was ja doch wohl ausschließlich auf den erhaltenen Bandapparat zurückzuführen sein dürfte. Der Vorzug seiner kleineren Weichteilwunden kann meines Erachtens nicht wesentlich in Betracht kommen, da, nach der Durchsägung, diese Einstichöffnungen sicherlich doch wohl zu größeren Löchern mit zersägten Rändern verwandelt sein dürften.

Die scharfe Nadel nun, die Bumm verwendet, die in rechtwinkliger Abbiegung zu ihrer Achse für den Anfänger nicht gerade leicht zu führen sein dürfte, trägt an ihrer Spitze ein Öhr, in das die Gigli'sche Drahtsäge vermittels eines Knöpfchens eingehängt wird. Daß durch diesen Mechanismus die Säge leicht aus dem Öhr herausschlüpfen kann, ist wohl begreiflich, und ist dies auch Bumm passiert, so daß ein zweimaliges Einstechen der Nadel nötig wurde. Bei der von mir angegebenen Hohlsondennadel wird das Instrument mit der Säge armiert eingeführt, so daß ein derartiges Malheur von vornherein ausgeschlossen ist. Bumm schreibt nun in bezug auf seine Nadel weiter: »Ist die Krümmung der Nadel genau den anatomischen Verhältnissen entsprechend gewählt, dann ist es schon ein größeres Kunststück in die Blase zu kommen, als zwischen ihr und dem Knochen vorbei.« Soll also nach dieser Beschreibung die Bumm'sche Nadel erst vor der jeweiligen Operation von dem Operateur gebogen werden? Ich möchte doch aus technischen Rücksichten dafür plädieren, diese Instrumente aus möglichst hartem Material arbeiten zu lassen, das eine Biegung nicht zuläßt; oder sollte mit der Bemerkung gemeint sein, daß man sich einen ganzen Satz Bumm'scher Nadeln halten müsse, um im gegebenen Falle die richtige zu wählen? Bumm sagt dann fernerhin: »Jedenfalls ist die Möglichkeit irgendeiner Verletzung kein Grund die Nadel zu verlassen; ein ungeschickter Operateur kann mit jedem Instrument eine unbeabsichtigte Verletzung hervorrufen.« Unter den 14 Fällen, über die Bumm zu berichten imstande ist, scheinen nun doch immerhin zwei Verletzungen der Blase vorgekommen zu sein. In dem ersten Falle, den Stoeckel berichtet, p. 79 d. Bl. 1906, war nach der Operation der Urin in den ersten Tagen blutig verfärbt. Dieser Fall ist von Bumm selbst operiert worden. In dem zweiten Fall ist in der

Klinik eine Blasenverletzung passiert, die durch Ablaufen von Harn durch die untere Stichöffnung sich bemerkbar machte. Da nun die Geschicklichkeit des Operateurs über jeden Zweifel erhaben ist, so dürfte doch wohl dieses zweimalige Malheur unter 14 Fällen der Methode, von unten nach oben mit der spitzen abgebogenen Nadel zu operieren, zuzuschreiben sein. Ich habe bei meinen drei Fällen, die ich mit meiner Nadel operiert habe, und auch von Kollegen, die mein Instrument richtig gebrauchen, niemals derartige üble Komplikationen erlebt oder mitgeteilt erhalten.

Die von Bumm empfohlene Kompression der Wunden nach der Operation wird auch von mir geübt. Die 12stündige Scheidentamponade jedoch, die eine erhebliche, nicht ungefährliche Behinderung des Lochialabflusses darstellt, ist bei meiner Methode nicht nötig, weil ich einige Tage die Wunde durch den unteren Wundwinkel mit einem dünnen Jodoformgazestreifen drainiere. Faustgroße oder kleinere Hämatome habe ich infolgedessen niemals erlebt. Die drainierte, kleine untere Wunde wird bei meinem Verfahren überdies durch Heftpflasterstreifen völlig von dem Genitalschlauch abgeschlossen. Auch die Einführung eines Dauerkatheters habe ich niemals nötig gehabt, und kann ich mir wohl denken, daß ein derartiger Pferdefußdauerkatheter mit einer Urinente zwischen den Beinen der Frau nicht gerade zu den Annehmlichkeiten der ersten Wochenbettstage einer operierten Wöchnerin gehören.

Bumm behauptet dann ferner in seinem Aufsatze, daß je weiter die Sägelinie von der Symphyse hinweg nach außen verlegt wird, desto geringer sei die Neigung zum Klaffen. Ich glaube nun, daß es für den Erfolg nicht sonderlich in Betracht kommen kann, ob der Sägeschnitt etwas mehr nach der einen oder anderen Seite von der Mitte der Knochenpartie zwischen Foramen obturatorium und Symphyse abweicht, die wir bei unserer Operation zu treffen suchen. Nach den Untersuchungen von Kroemer, Rosenfeld u. a. kommen die Iliosakralgelenke für die Erweiterung des Beckenringes hauptsächlich in Betracht, wenn der Knochen und sein Bandapparat richtig durchtrennt sind. Jedenfalls habe ich mich bei einem meiner Fälle, bei welchem die Conj. vera nur ca. 6 cm betrug, durch das nach der Operation aufgenommene Röntgenbild überzeugt, daß es genügt, den Einschnitt an dem absteigenden Schambeinast außerhalb der großen Lippe zu machen, um den Knochen in der Mitte zwischen Foramen obturatorium und Symphyse zu durchsägen. Trotz der großen Verengerung des plattrachitischen Beckens in seinem Beckeneingange war dann die erzielte Erweiterung des Beckenringes eine derartige, daß die Operation zu einem guten Ende für Kind und Mutter durchgeführt werden konnte.

Ich stimme mit Bumm durchaus überein, daß die Hebotomie eine segensreiche Operation ist, welche, mit der Hohlsondennadel richtig ausgeführt, in der Klinik sowohl wie im Privathause bei stärkeren Graden von Beckenverengerung günstige Resultate zeitigen wird.

Über die Methode der Entbindung nach der ausgeführten Operation habe ich mich in meinen früheren Arbeiten ausgesprochen, und will ich, um Gesagtes nicht zu wiederholen, auch hierbei auf jene verweisen.

II.

Zur Atonie des nicht schwangeren Uterus.

Von

Joh. Meyer in Dorpat.

Die Atonie des nicht schwangeren Uterus ist namentlich in jüngster Zeit im Zentralblatt für Gynäkologie wiederholt zum Gegenstand der Diskussion geworden. (Beuttner 1897, Kossmann, v. Tussenbroek, Asch, Fellner, Schäffer 1905 u. 1906.) Im Anschluß an den Reiz, welcher durch Dilatation der Cervix oder durch Curettage des Uterus gesetzt worden, sowie unter dem reizbeseitigenden Einfluß der Narkose wurden Erscheinungen beobachtet, welche als Atonie, sogar als Paralyse des Organs bezeichnet werden. In der Erklärung dieses Vorganges ist noch keine völlige Einigung erzielt. Die Anschauungen der einzelnen Beobachter weichen nicht unwesentlich voneinander ab. Auch fehlt es nicht an gewichtigen Stimmen (Odebrecht 1897, Strassmann 1905), welche eine exzessive Erschlaffung des Organes überhaupt beanstanden und in den einzelnen Fällen in einer stattgehabten Perforation der Uterinwand die Ursache des plötzlichen, fast unbegrenzten Hineingleitens der Curette in die Uterinhöhle sehen.

Als einziges Mittel, den Tatbestand festzustellen, den Zustand der Uterinwand, sowie die Größenveränderung des ganzen nicht graviden Organes bei der Abrasio zu bestimmen, sind bisher Messungen mit der Sonde, resp. mit Dilatatoren und Curetten benutzt worden. Ich habe es versucht, durch direkte Messung der Kapazität des Cavum uteri das Verhalten des Organes nach Dilatation, Abrasion und Tamponade zu prüfen, um auf diesem Wege zur Lösung der interessanten Frage beizutragen.

Zur Bestimmung der Größe des Cavum uteri dient ein kleiner Ballon aus feinstem Kondomgummi, welcher dicht über einem Glasröhrchen befestigt wird. Letzteres ist mit mehreren Öffnungen versehen, so daß die zum Füllen des Ballons bestimmte Flüssigkeit an mehreren Punkten aus dem Glasröhrchen austreten resp. in dasselbe zurücktreten kann. Das Glasröhrchen wird durch einen Schlauch mit einem graduierten Zylinder verbunden, an dessen Skala die in den Ballon ausgetretene Flüssigkeitsmenge sowie deren Schwankungen abgelesen werden kann.

Zunächst erfolgt die Dilatation des Cervicalkanals bis Charrière Nr. 30 mit konischen metallenen Dilatatoren. Bei Nulliparen erfolgt dieselbe naturgemäß zögernd, und setzte somit einen weit intensiveren Reiz, als bei Frauen, die geboren haben. Nun wird das mit dem

Ballon armierte Glasröhrchen in den Uterus eingeführt, so daß der Ballon über dem inneren Muttermunde liegt. Der Ballon wird nun bei allen Versuchen unter dem Druck einer Wassersäule von 1 m Höhe aufgespritzt. Nimmt der Ballon keine Flüssigkeit mehr auf, ist das Niveau der Flüssigkeit ein stabiles geworden, so wird nach 1 bis 3 Minuten der Ballon durch Senken des Zylinders entleert und aus dem Uterus entfernt. Nach der Abrasion, welche mit der Sims'schen Curette recht energisch ausgeführt wird, erfolgt die zweite Messung. Darauf wird der Uterus mit Jodoformgaze tamponiert, nach 5 Minuten wird die Gaze entfernt und die dritte Messung vorgenommen.

Die Indikation zur Abrasion gaben verschiedene Formen der Endometritis, uterine Dysmenorrhöe und Sterilität ab. Sämtliche Pat. befanden sich während dieser Eingriffe in Narkose.

Die Resultate meiner Messungen teile ich, ohne das Volum des Meßapparates (1,2—1,5 ccm) hinzuzuzählen, direkt mit den Zahlen mit, welche beim Anstellen der Versuche gewonnen wurden.

A. Uteri von Nulliparen.

Journ.-Nr.	Alter	Erste Messung	Zweite Messung	Dritte Messung
292	23	1,0	0,0	0,5
247	29	1,0	1,0	—
232	38	1,9	3,2	—
110	40	1,5	—	3,7
275	41	1,6	1,4 — 1,7	1,4 zögernd 2,3

B. Uteri von Frauen, die Schwangerschaften durchgemacht hatten.

Journ.-Nr.	Alter	Zahl d. Geburten	Letzte Geburt	Erste Messung	Zweite Messung	Dritte Messung
246	21	3	1/3 Jahr	13,0	5,0—8,0, Wehe	6,0—8,0, Wehe zögernd, 9,0
274	24	1 Abort	1/3 Jahr Subinvolutio	8,0, zögernd, 10,5	7,0, schwankend, 9,5,	5,5, schwankend, 7, zögernd, 8,0, Wehe
230	29	2	1/2 Jahr Abort	9,7	12,7, zögernd	13,3, sofort
300	30	2	3 Jahr	4,4	3,9	5,0—5,2
250	35	1	10 Jahr	5,0	6, zögernd 6,5 reichliches Geschabsel	5,6, zögernd, 8,5, nach 40 Sekunden, 7,5
297	38	5	4 Jahr	4,9	3,0, zögernd, 3,5	4,0—4,6
237	40	5	8 Jahr	5,7	3,0, zögernd, 6,0	8,2
273	40	1 Abort	11 Jahr	3,5	1,5, zögernd, 2,8	3,0—3,5
258	46	5 und 5 Aborte	6 Jahr	9,0	3,4, zögernd, plötzlich, 9,5 bis 10,5	Ballon platzt

Nach der Dilatation wurde fast ausnahmslos ohne Zögern der definitive Füllungsgrad erreicht, und es kamen keine Schwankungen der Wassersäule zur Beobachtung. Daraus läßt sich folgern, daß die Dilatation keinen oder einen nur sehr geringen Reiz auf die Korpusmuskulatur ausübt. In gewissem Sinne darf daher das Resultat der ersten Messung die normale Kapazität der Uterushöhle bezeichnen, mit welcher die späteren Messungsergebnisse verglichen werden dürfen.

Nach der Abrasion ist einmal gar keine Änderung der Kapazität, 3mal eine geringe Zunahme derselben (um 1,3—3,0) zu bemerken. In neun Fällen war zunächst eine Verkleinerung des Cavum vorhanden, die im Laufe von 1—3 Minuten infolge Nachlassens des Kontraktionszustandes in eine ganz geringe (1,5—3,0) Vergrößerung überging. In einem Falle ward die Abrasion nicht ausgeführt. Diese Zahlen erlauben den Schluß, daß durch die Abrasion meist, — wahrscheinlich immer, eine Kontraktion des Uterinmuskels, eine Wehe, hervorgerufen wurde, nach deren Ablauf in einer Zahl der Fälle (6mal) eine Erschlaffung des Organes eintrat.

Nach 5 Minuten dauernder Tamponade des Cavum und der Cervix war in fünf Fällen sogleich ein Vergrößerung (um 0,8—3,6) vorhanden; 5mal war der Uterus verkleinert (um 0,3—4,0) und erweiterte sich während der Beobachtungsdauer nur in einem Falle (um 0,7) über die Norm hinaus. Einmal blieb die Kapazität unverändert, 3mal ward der Versuch nicht durchgeführt.

Diese Beobachtungen ergeben, daß durch die Tamponade lebhaftere Tonusschwankungen (Wehen) veranlaßt werden, welche auch eine intensivere Erschlaffung zur Folge haben. Auf die schwierige Frage, in welcher Weise die Tamponade wirkt, kann an der Hand dieser wenigen Beobachtungen nicht eingegangen werden.

Die Uteri der Nulliparen reagierten weniger deutlich auf die Eingriffe, als die durchweg auch ein umfangreicheres Cavum aufweisenden Uteri der Frauen, welche Graviditäten durchgemacht haben. Wiederholt kamen nach den Abrasionen sowie den Tamponaden auf leichte Wehen hinweisende Druckschwankungen zur Beobachtung. Die Versuche sollen, eventuell auch unter Anwendung schwächeren und stärkeren Druckes, fortgesetzt werden.

Mir persönlich ist die Atonie des Uterus bei Ausführung der Abrasion, welche ich fast nur unter Narkose und bei engem Muttermund stets nach Dilatation der Cervix mit metallenen Dilatatoren mache, niemals aufgefallen. Bei nicht schwangerem Organ habe ich die Curette zum Schluß der Operation höchstens um 1 cm tiefer einführen können, als am Beginn derselben. Oft bietet sich beim Curettieren mit nicht zu scharfem Instrument das Gefühl, daß die Schlinge der Curette an der Mucosa ausgleitet oder dieselbe auf ihrer Unterlage verschiebt, ohne sie abzureißen. Damit kann leicht die Empfindung vorgetäuscht werden, als wenn die Uterinwand keinen genügenden Tonus besitzt und daher keinen genügenden Widerstand leistet. Sehr oft verraten sich unter der Curettage eintretende Wehen durch

die stoßweise Entleerung der abgeschabten Massen. In zwei Fällen unter mehreren Hunderten von Operationen drang beim Curettieren das Instrument, ohne den geringsten Widerstand zu finden, in unbegrenzte Tiefen ein. Ich stehe nicht an, in beiden Fällen eine Perforation des Organes anzunehmen. Eine Atonie des Uterus, welche die Einführung der Curette um 6—7 cm tiefer zuläßt, als im Beginn der Operation, halte ich mit Strassmann für kaum möglich.

Neue Bücher.

1) **R. Meyer** (Berlin). Über embryonale Gewebseinschlüsse in den weiblichen Genitalien und ihre Bedeutung für die Pathologie dieser Organe.

(Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere. IX. Jahrg., II. Abteil. 1905. p. 517—705. Mit 25 Textbildern.)

Wenn auch das gestellte Thema als ein relativ beschränktes erscheint, so hat Verf. doch in dieser hochbedeutsamen Publikation fast alle aktuellen Fragen der Entwicklungsgeschichte und pathologischen Anatomie der weiblichen Genitalorgane sowie der allgemeinen Geschwulstlehre kritisch erörtert. Diese Kritik ist um so wertvoller, als sie auf einer stattlichen Reihe eigener, zum Teil bahnbrechender Untersuchungen basiert.

Die Schilderung der in den Genitalorganen vorkommenden Gewebsverirrungen nimmt den größten Teil der Arbeit ein. Vorher behandelt Verf. noch die abnorme Persistenz embryonaler Gewebe (kongenitale Erosion) und Organreste (Gartner'scher Gang) und die »hypothetische« Keimausschaltung. Bezüglich letzterer ist er nämlich im Gegensatz zu Wilms »der Ansicht, daß es zwar eine sekundäre Differenzierungshemmung gebe, die aber wahrscheinlich stets die Folge von Entzündungen oder sonstigen pathologischen Ursachen sei und nie zu Versprengung oder Geschwulstbildung führe«.

Verf. unterscheidet drei Arten von Gewebsverirrungen (Aberratio): 1) Verlagerung, 2) Absprengung und 3) Versprengung, je nachdem ein Gewebe sich nur über die normale Grenze hinaus ausdehnt oder vom Muttergewebe völlig trennt, oder dabei in ein fremdes Gebiet gelangt.

Außer diesen durch Gewebsverirrungen entstandenen Heterotopien gibt es dann auch noch solche, die auf phylogenetisch vererbte Potenzen zurückzuführen sind. Doch wie die Versprengungstheorie nur dann angewandt werden darf, wenn sie sich ungezwungen erklären läßt und keine entwicklungsmechanische Unmöglichkeiten voraussetzt, ebenso darf nicht von vornherein für alle Individuen das Vorhandensein der gleichen phylogenetischen Potenzen oder eine organbildende Potenz für alle Körperstellen angenommen werden.

Das Vorkommen von primärer Meta- oder Dysplasie embryonaler Zellen im Sinne einer abnormen Differenzierungsrichtung als Folge

einer Veränderung der Funktion des Ortes ist noch unbewiesen. Dagegen spricht die strenge Lokalisation gewisser Heterotopien und der Mischgeschwülste.

Zur Erleichterung der Übersicht teilt Verf. die Versprengungen ein in Aberration 1) genitaler und 2) extragenitaler Gewebe in die Genitalien. Von ersteren bespricht Verf. zunächst die einfache Form der Aberratio ohne wesentliche Versprengung, wozu er vor allem die abnormen Einstülpungen und Abschnürungen des Oberflächenepithels rechnet, die natürlich auch postfötal entstehen können, wie Atheromcysten, Schleimcysten, Schleimhautinseln, Schweißdrüsenadenome, Papillome, die Flimmer- und Becherzellenherde im Ovar usw. Sodann werden hier ausführlich die im Genitalkanal und in den Ligamenten vorkommenden eigentlichen Versprengungen abgehandelt. Vorausgeschickt ist eine größtenteils auf eigenen Untersuchungen fußende Darstellung der Anatomie und Entwicklungsgeschichte von Urniere, Wolff'schem und Müller'schem Gang, die mancherlei Neues enthält. Auf Grund derselben kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß Urnierenreste im Uterovaginalschlauch nur in der Tubenecke und vielleicht auch am unteren Ende des Ligamentum rotundum vorkommen können. Nachgewiesen sind bisher solche nur im Mediastinum, in der Beckenwand und im Lig. latum nahe dem Fimbrienende. Schließlich können event. von dem rudimentären Zwischenblastem zwischen Urniere und Niere Versprengungen in die Vaginalwand gelangen. Verlagerungen des Wolff'schen Ganges in das Corpus uteri, Versprengungen von Zellen desselben in die Seitenwand des Genitalkanals und ins distale Ende des Lig. rotundum, sowie von Teilen der Ampulle in die Cervix kommen vor. Persistenz von Teilen des Ganges in seinem Verlaufe durch Cervix und Vagina zum Hymen sind häufig. Ebenso häufig sind Versprengungen von Zellen der Müller'schen Gänge, sowohl während ihrer Bildung als in späteren Entwicklungsstadien. Auch sind wiederholt abnorme Kölomeinstülpungen am Genitalkanal und in den Ligamenten, ferner versprengte Vestibulardrüsen, Prostatacysten und Rektumdrüsen in der Vagina beobachtet worden.

Für die meisten Adenomyome gilt heute die Hypothese v. Recklinghausen's nicht mehr. Nur in einem einzigen Falle hält Verf. den Nachweis für erbracht, daß es sich hierbei um eine Versprengung von Urnierenresten handle. Die weitere Frage, ob nun die Mehrzahl der Adenomyome auf Versprengungen des Müller'schen Ganges zurückzuführen sei, ist deswegen kaum zu beantworten, weil Schleimhaut- und Serosawucherungen entzündlichen Charakters den gleichen Effekt haben können. Auch das Muskelgewebe ist meist nicht als versprengt anzusehen. Es handelt sich darum wahrscheinlich in der Mehrzahl der Fälle gar nicht um eigentliche Tumoren, sondern um Adenomyometritis, Adenomyosalpingitis, Adenometritis und Adenosalpingitis.

Von den in die Genitalien versprengten extragenitalen Geweben sind die häufigsten die aus Nebennierensubstanz (Rinde!) bestehenden, welche zwischen Nebenniere und Niere, sowie zwischen dieser und den

Keimdrüsen gelegen sind. Selten dagegen ist die Entstehung von Tumoren aus diesen Versprengungen. Die im Lig. latum, Nebenhoden und Samenstrang vorkommenden Epithelcysten und Hornperlen hält Verf. für Degenerationsprodukte von Urnierenresten. Die einfachen Geschwülste mit ortsfremden Geweben, Lipome, Chondrome, Osteome und Rhabdomyome lassen sich auf versprengte Einzelkeime zurückführen (Lipom!), wahrscheinlicher dagegen ist ihre Verwandtschaft mit den Mischgeschwülsten. Auch metaplastische Vorgänge sind in einzelnen Fällen denkbar, in anderen (Rhabdomyom) sicher ausgeschlossen. Möglich ist ferner ein Übergreifen von Fasern des M. cremaster auf den Uterus.

Den Schluß der Arbeit nimmt eine Abhandlung über die uterovaginalen Mischgeschwülste und die Mischgeschwülste der Ovarien ein, welch letztere Verf. hinsichtlich ihrer Ätiologie streng von ersteren trennt. Die bestimmte Lokalisation dieser in Niere, Cervix, Vagina und Blasenhals, ihr histologischer Aufbau (Verf. hält entgegen Ribbert die vorgefundenen Epithelien für mesodermal), sowie einige von Verf. bei Neugeborenen entdeckte Versprengungen mesodermaler Keime zwingen dazu, die Entstehung dieser Geschwülste auf eine gemeinsame lokale Entwicklungsstörung zurückzuführen, die Verf. mit zeitlichen oder örtlichen Verschiebungen bei Anlagerung des Urnierenganges an die am distalen Ende jenes Ganges gelegene gemeinsame Urstätte jener Tumoren erklärt. Nach seinen Untersuchungen liegt nämlich die Ursprungsstätte der Niere und ihrer Teile kaudal und unmittelbar neben dem untersten Teile des Uterovaginalstranges. Dadurch können Mesodermteile am Urnierengang verbleiben und mit ihm im Verlaufe der nun normal erfolgenden Wachstumsverschiebungen versprengt werden, wobei bisweilen eine partielle Differenzierungshemmung dieser versprengten Keime infolge der ungewöhnlichen Ortsbedingungen eintritt.

Die Mischgeschwülste der Ovarien scheidet Verf. in Teratome und Teratoide, wobei er unter ersteren die sonst als »Dermoidkystome«, unter letzteren die als »Teratome« bezeichneten Tumoren versteht. Ein Teratom ist an und für sich keine Geschwulst, »sondern das einfache, höchstens durch Hyperplasie komplizierte Entwicklungsprodukt des hypothetischen Keimes«, aus dessen einzelnen Bestandteilen jedoch sekundär Geschwülste entstehen können. Das Teratoid aber ist von vornherein eine Geschwulst, die aus einem indifferenten Keime hervorgegangen ist, bevor sich dieser organmäßig entwickelt hat. Zwischen beiden gibt es Übergänge.

Bezüglich der Ätiologie gibt Verf. der Marchand'schen Hypothese den Vorzug, daß es sich bei der Entstehung dieser Gebilde um eine Störung bei der ersten Trennung der Urgeschlechtszellen von den somatischen Zellen handelt, zu einer Zeit, in der letztere noch die Fähigkeit der Bildung aller drei Keimblätter besitzen.

Daß aus versprengten Keimen das eine Mal Geschwülste entstehen, das andere Mal nicht, hat zunächst seinen Grund in dem

Grade der Differenzierung. Differenzierte und abnorm persistente Gewebe geben nur selten zu Geschwulstbildung Veranlassung. Die Verlagerung allein hat keinen differenzierungsfördernden Einfluß, in erster Linie sind es die biochemischen und mechanischen Korrelationen, weniger die Gefäßversorgung, die einen hemmenden oder fördernden Einfluß ausüben. Indifferente Keime haben eine Vorliebe für Geschwulstbildung, besonders wenn sie sich bis ins spätere Leben indifferent erhalten. Den Anstoß zur Proliferation sucht Verf. in der Aufhebung einer in der Zelle selbst normalerweise vorhandenen regulierenden Hemmung, die ihrerseits wiederum die Folge einer durch äußere Reize bedingten Differenzierungshemmung sein kann.

Michel (Koblenz).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gynäkologische Gesellschaft zu Breslau.

Sitzung vom 21. November 1905.

Vorsitzender: Herr Küstner; Schriftführer Herr Asch.

I. Dienst: Ein weiterer Beitrag zum Bau und zur Histogenese der Placentargeschwülste.

D. demonstriert einen apfelgroßen Placentartumor, den er als ein Kapillarangiom des Chorions deutete. Der zunächst als Fibrom imponierende Tumor schwoll nach Alaunkarmininjektion von der Nabelvene aus sofort stark an. Diese Vorbehandlung ermöglichte auch die mikroskopische Sicherung der Diagnose.

II. Hannes: Krankendemonstration zur infrasymphysären Blasendrainage.

H. zeigt zwei Kranke (Fall 1 und 3 der Veröffentlichung in d. Bl. 1905 Nr. 44), bei welchen nach plastischer Operation in der Urethra vor ca. $^1/_2$ Jahre die infrasymphysäre Blasendrainage mittels Trokars gemacht worden war. Bei beiden stellt die Trokarstelle eine kleine Schleimhauteinziehung zwischen Urethra und Klitoris dar. Beide sind völlig kontinent.

III. Schubert stellt ein totes, leicht mazeriertes, neugeborenes Kind vor, welches 6550 g wiegt, 64 cm lang ist und einen Schulterumfang von 56 cm besitzt. Die Spontangeburt wurde wegen des abnormen Umfanges der Schultern zur Unmöglichkeit. Nach Herunterschlagen des vorderen Armes und Einsetzen des Küstner'schen Steißhakens in die hintere Achselhöhle gelang es verhältnismäßig leicht, das Kind vollständig zu entwickeln. Das Kind war 23 Tage übertragen und beim Eintritte des Partus bereits 14 Tage abgestorben. Der Vater des Kindes ist 175 cm groß und wiegt 126 kg. Die Mutter ist eine 39jährige IXgebärende von 159 cm Körpergröße und $77^1/_2$ kg Gewicht. Ihre Beckenmaße ergaben:

Dist. spin.: 25,0 cm,
Dist. crist.: 28,0 cm,
Conj. ext.: 20,5 cm,
Promontorium nicht zu erreichen.

Diskussion. Dyhrenfurth hat sich auch in einem Falle, wo die digitale Entwicklung der Schultern unmöglich war, mit Vorteil des stumpfen Hakens bedient.

Asch hat in einem Fall, als die Rumpfentwicklung anders nicht gelang, zu größerer Schonung der Mutter den Thorax vom Hals aus mittels Perforatorium eventriert, mit promptem Erfolge.

Courant: Die Schwierigkeit bei der Extraktion des Schultergürtels hätte

sich durch eine sehr einfache Operation beheben lassen, nämlich durch die Kleidotomie.

Küstner: Da es noch nicht gesagt ist, möchte ich es betonen, den Haken nur bei totem Kind in die Schulter. So schadlos man den stumpfen Haken in die Hüfte (hintere) bei Steißlagen applizieren kann, wenn korrekte Technik befolgt wird, — die Gebilde der Schulter vertragen einen kräftigen Zug mit dem Haken nicht, weder die Nervenapparate der Achselhöhle, noch die epiphysäre Nahtfuge. Hier kann der Haken leicht unreparierbare Funktionsstörungen veranlassen. Liegen bei lebendem Kind unüberwindliche Schwierigkeiten der Schultergeburt vor, dann Herabschlagen eines Armes am Kopfe vorbei.

IV. Dienst: Zur Ätiologie des Urethralprolapses.

D. stellt ein 10jähriges Mädchen vor, das sich durch ein den Unterleib treffendes Trauma einen haselnußgroßen Urethralprolaps zugezogen hatte. Die keilförmige Exzision mit Naht brachte glatte Heilung.

D. formuliert seine Ansicht über die Ätiologie der Urethralprolapse dahin: Die senile Schlaffheit und die kindliche Zartheit des para-urethralen Gewebes ermöglichen beim Hinzutreten einer plötzlichen, abnorm gesteigerten Erhöhung des intraabdominellen Druckes die Entwicklung eines Urethralprolapses.

V. Kamann zeigt eine karzinomatöse Zerstörung der Lendenwirbelsäule einer an inoperablem Cervixkarzinom verstorbenen Frau.

Lendenwirbelsäule, Kreuz- und Steißbein sind mit den Beckenorganen in situ herausgenommen. Auf dem medianen Sagittalsägeschnitte sind die retroperitonealen Lymphdrüsen in eine große sekundär karzinomatöse Geschwulstmasse umgewandelt, die sich ohne Abgrenzung in die Wirbelsäule hinein fortsetzt und so den 2. und 3. Lendenwirbel vollständig und vom 4. und 5. die Spongiosa mehr oder weniger zerstört hat.

Sitzung vom 23. Januar 1906.

Vorsitzender: Herr Küstner; Schriftführer: Herr Asch.

I. Kamann berichtet: 1) über einen Fall von Harnröhrensarkom.

Kleinwalnußgroßer, die äußere Harnröhrenöffnung einer 55jährigen Frau überlagernder, dunkelroter, zum Teil ulzerierter Tumor. Gestielter Ursprung in der Harnröhre. Igniexstirpation (Primärarzt Asch). Pat. ist über 1 Jahr rezidivfrei. Mikroskopisch: Gefäßreiches Sarkom.

2) über ein traubiges Sarkom des Fundus und der Cervix, welches zur Inversion und zum teilweisen Prolaps des invertierten Uterus führte und bereits zweimal rezidivierte. (Erscheint ausführlich.)

Diskussion. Küstner: Wenn auch Herr Kamann unter den Inversion bedingenden Tumoren wenig Sarkome in der Literatur verzeichnet fand, so scheint mir doch das Sarkom bei der onkogenetischen Inversion relativ eine gewisse Rolle zu spielen. Ich meine so: Unter den eine Inversion erzeugenden Tumoren ist gegenüber dem Myom das Sarkom mit einer größeren Häufigkeit vertreten, als der Seltenheit dieser Geschwulstform gegenüber der ungeheuren Häufigkeit der Myome entsprechen würde.

Ich kenne einen wenig bekannt gewordenen Fall aus Schultze's Klinik in Jena: Ältere Frau, onkogenetische Inversion, Enukleation der Tumoren, weil sie für Myome angesprochen wurden. Leichte Reinversion des Uterus. Glatte Heilung, baldige Entlassung. Nach langer Zeit stellt sich die Pat. wieder vor mit massenhaften unexstirpierbaren Tumoren im Abdomen.

Dieser Fall und eine Umschau in der Literatur lassen folgenden Satz empfehlenswert erscheinen: Bei allen onkogenetischen Inversionen ist eine exakte mikroskopische Geschwulstdiagnose der Therapie voranzuschicken. Im Fall es sich um Myom handelt, kann Enukleation und Reinversion, event. blutig nach meiner Methode, richtig sein; im Falle von Sarkom natürlich nur Totalexstirpation. Der demonstrierte Fall bestätigt diesen Satz.

II. Joachim (als Gast): Demonstration eines Pseudohermaphroditismus mascal. extern. mit Kryptorchismus. Lebendes ausgetragenes Kind von normalen Eltern und 52 cm Länge bei 3350 g Gewicht.

Diskussion. Kamann erinnert an den von Pick und den von Schickele mitgeteilten Fall von Ovotestis.

E. Peiser: Der soeben demonstrierte Fall ist wohl als eine Hypospadia perinealis anzusehen. Er erinnert mich an einen ähnlichen Fall, den ich vor einiger Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte. Das kräftig entwickelte Neugeborene, das spontan geboren worden, zeigte auch vorn einen Geschlechtshöcker mit einer seichten Rinne an der Unterfläche, zwei durch eine tiefe Furche getrennte Skrotalhälften, die wie große Labien aussahen, sowie am Grunde der Furche eine kleine Hautfalte am Damme. Das Kind wurde hauptsächlich deshalb zu mir gebracht, weil es seit der Geburt noch keinen Urin gelassen. Mit einem dünnen Katheter ging ich an der Falte am Damm ein, und nach Lösung der bestehenden Verklebung gelangte ich in die Blase, worauf sich reichlich Urin entleerte.

Von dem demonstrierten unterscheidet sich dieser Fall dadurch, daß das Geschlecht des Hermaphroditen mit Sicherheit bestimmt werden konnte, indem im Leistenkanale beiderseits Testes nachzuweisen waren.

III. Falgowski demonstriert ein breit in beide Parametrien ausstrahlendes Cervixkarzinom mit konsekutiver Pyometra sowie Verlegung beider Ureteren, Dilatation derselben zu Fingerdicke. Tod an Urämie. Im Anschluß hieran verbreitet sich der Vortr. über die unmittelbare Todesursache bei unheilbarem Uteruskrebs. Kachexie, durch eine Summe verschiedener Faktoren ausgelöst, ist doch nur ein Symptom, nicht aber Todesursache. Der Magenkrebskranke stirbt nicht an Kachexie, sondern oft z. B. lediglich an Inanition.

In seinem Falle glaubt Redner folgende Todesursache annehmen zu müssen: Die Frau war sehr anämisch. Bei der Sektion fand sich deutliche Gehirnanämie. Durch Hinzukommen von Urämie gingen nun die durch Anämie stark geschwächten Gehirnzentren rapid zugrunde. Daher der sehr plötzliche Tod bald nach Auftreten der ersten urämischen Symptome.

IV. Falgowski: Spontaner Geburtsverlauf bei hochgradiger Kyphoskoliose.

Nach Zusammenfassung der einschlägigen Literatur und Würdigung der daraus sich ergebenden schlechten Geburtsprognose bei kyphoskoliotisch schräg verengtem Becken zeigt Redner an der Hand eines für Mutter und Kind günstig verlaufenen Falles, daß sogar bei hochgradig kyphoskoliotisch-rachitisch schräg verengtem Becken unter entsprechenden Kautelen und bei genauer klinischer Beobachtung gelegentlich ein spontaner Partus auch bei Erstgebärenden mit gutem Ausgang abgewartet werden kann. Es handelt sich um eine zwerghaft gebaute, 29 Jahre alte, 130 cm hohe und 70 Pfund schwere Frau mit Kyphoskoliose der Brust- und oberen Lendenwirbelsäule und mit deutlich ausgeprägtem kyphoskoliotisch schräg und nach unten trichterförmig verengtem Becken. Vater starb an Phthise. Pat. hatte Rachitis und erlitt außerdem als 1jähriges Kind einen Sturz aus der Wiege, lernte erst mit 5 Jahren das Gehen, hat oftmals Lungenkatarrh gehabt. Sie ist seit 5 Jahren verheiratet und wurde Anfang 1905 zum ersten Male gravid. Psoriasis am ganzen Körper seit Jugend. Keine Narben. Hals in den Rumpf hineingesenkt. Schleppender, hinkender Gang, nach vorn gebeugte Haltung. Die Entfernung vom Processus xiphoideus zum oberen Symphysenrande 17 cm. Skapula, Rippenbogen und Beckenschaufeln berühren einander. Schräggestelltes Becken. Hühnerbrustformation. Hängebauch. Die Arme reichen bis 3 cm unter das Knie. Beckenneigung vermindert. Hüften und Brüste unentwickelt.

Beckenmaße: Spin. $25\frac{1}{2}$, Crist. 24, Trochant. $28\frac{1}{2}$, Conj. ext. 17, Conj. diag. $11\frac{1}{2}$ cm. Spin. post. ossium ilei $6\frac{1}{2}$, Tub. ischii 6 cm. Spin. ant. sup. zur Spin. post. sup. ossis ilei der anderen Seite rechts 21, links 19 cm. Spin. post. sup. zum Proc. spinalis lumbalis rechts 7, links 5 cm. Proc. spinosus des letzten Lendenwirbels zur Spin. ant. sup. rechts 18, links 16 cm. Unterer Rand der Symphyse zur

Spin. post. sup. rechts 20½, links 19 cm. Promontorium nach links abgewichen, Kreuzbeinhöhlung abgeflacht, Spin. ischii einander genähert.

Diese Frau kam im Herbst 1904 im 7. Schwangerschaftsmonate hochdyspnoisch, sehr geschwächt und heruntergekommen, mit lebendem Kinde (II. Schädellage) in die Frauenabteilung des Allerheiligenhospitals in Breslau. Bereits seit Beginn der Schwangerschaft stand sie wegen Herzklopfen, Dyspnoe, Schwäche und Übelkeiten sowie Bauchschmerzen in ärztlicher Behandlung. Es wurde ihr draußen geraten, sich im 7. Monate den Kaiserschnitt machen zu lassen, da man das Abwarten der normalen Geburt wegen des bedrohlichen Allgemeinbefindens und wegen der engen Beckenverhältnisse für gefährlich hielt. Mit dem Fortschreiten der Gravidität nahmen auch die Störungen von seiten der Lunge, des Herzens und des Magen-Darmkanales überhand. Quälende Kreuz- und Rückenschmerzen, unerträgliches Völlegefühl im Leib. Ein lebendes Kind wollte die Frau auf alle Fälle durchsetzen. Einleitung der künstlichen Frühgeburt wurde ebenfalls mehrfach draußen erwogen; jedenfalls aber wurde die Frau zur künstlichen Beendigung der Gravidität im 7. Monat, als die Beschwerden den Höhepunkt erreichten, zu uns gebracht.

Unser Bemühen richtete sich zunächst auf Bekämpfung der Dyspnoe. Durch gute Pflege, Bettruhe, Hochbinden des Leibes usw. gelang es, die Pat. wieder soweit in die Höhe zu bringen, daß unter peinlichster Beobachtung der Größenverhältnisse und der Adaptilität des kindlichen Schädels sowie des Zustandes der Mutter der spontane Geburtsverlauf abgewartet werden konnte, natürlich unter steter Bereitschaft zum operativen Eingriff.

Unser konservatives Verhalten war von Erfolg gekrönt. Durch Zustandekommen eines Spitzbauches wurde in dem engen Raume zwischen Thorax und Becken für den wachsenden Uterus Raum geschaffen, und Pat. gebar am 8. November spontan nach 11stündiger, heftiger Wehentätigkeit ein ausgetragenes, lebendes Kind von 51 cm Länge und 2900 g Gewicht, ohne Beschädigung der Geburtswege.

Das Wochenbett afebril. Kind gedeiht gut.

V. Weyl: Magenkarzinom bei Ovarialtumor.

W. demonstriert das Karzinompräparat einer Pat., die 5 Monate vorher zwecks Entfernung gut gestielter Cystadenome beider Ovarien laparotomiert worden war. Wenige Wochen nach dieser Operation setzten schwere Magenerscheinungen ein. Die Diagnose eines Magenkarzinoms bei der Aufnahme ins Allerheiligenhospital, die nur einige Tage vor dem Exitus erfolgte, wurde durch die Sektion bestätigt. Außerdem fanden sich im Douglas, an der Zwerchfellunterfläche, in den Lymphdrüsen Metastasen, während Uterus, Blase und Parametrien völlig frei waren. Mikroskopisch ergab sich das typische Bild des Adenokarzinoms. W. glaubt die Ovarialtumoren als Metastasen des Magenkarzinoms auffassen zu dürfen; die typischen Cystadenombilder der mikroskopischen Ovarialtumoren widersprechen dem nicht, da die Ovarien an anderen Stellen doch malign degeneriert gewesen sein können. Auch stützt die Literatur der letzten Jahre diese Deutung.

Diskussion. Courant hat damals die Ovariotomie ausgeführt. Magenbeschwerden wurden früher nicht geklagt. Er schließt sich der Deutung des Falles völlig an. Bemerkenswert ist der rapide Verlauf nach der Operation.

VI. L. Fraenkel: Tubarrupturen — Corpus luteum-Cyste.

Vortr. demonstriert zwei Tubarrupturen aus sehr früher Schwangerschaftszeit mit enormen Blutungen in die Bauchhöhle. Die eine der beiden zeigt am Ovarium eine große Corpus luteum-Cyste, ein Zusammentreffen, das F. auf Grund größeren Materiales nicht für zufällig ansieht. — Er erörtert sodann die Ursachen für die Größe der Blutung bei der Tubargravidität und hält dieselbe nicht für allein in dem Bau der schwangeren Tube begründet, nimmt vielmehr besondere, in der geschlossenen Bauchhöhle vorliegende Verhältnisse an und vermutet in den Druckdifferenzen bei der Ausatmung und bei der physiologischen Entleerung anderer Nachbarorgane ein weiteres ursächliches Moment.

Diskussion. Küstner: Ich glaube nicht, daß sich mit irgendwelchen supponierten niedrigen Druckverhältnissen die Größe der Blutung bei äußerem Kapsel-

aufbruch erklären läßt. Über die Druckverhältnisse im Abdomen informieren uns die neuen Untersuchungen Hoermann's in recht vollkommener Weise; nur ausnahmsweise kann an manchen Stellen im Abdomen ein unteratmosphärischer Druck herrschen, bei Knie-Ellbogenlage, auch gelegentlich bei Seitenlage; sonst nicht Auch glaube ich nicht, daß besondere Verhältnisse für die Erklärung bedeutender Blutungen herangezogen werden müssen. Selbst bei sehr kleinem äußeren Kapselriß kann ein relativ großes arterielles Gefäß angerissen werden. Analog liegen gelegentlich die Dinge bei postoperativen Nachblutungen.

Asch glaubt, daß der Druck im Abdomen kein einheitlicher ist; daß er im sog. Peritonealraume negativ sein kann, sehen wir, wenn wir in Rückenlage oder Beckenhochlagerung das Peritoneum eröffnen. Erst mit dem Einströmen der Luft löst sich der kapillare Spaltraum.

Auch ohne Schwangerschaft sah A. kolossale Blutungen in den geschlossenen Bauchraum aus der Spermatica. Auch muß bedacht werden, daß die Rißstelle mit dem Zusammenfallen des sich entleerenden Fruchtsackes ebenfalls sich verkleinerte, so daß der Operationsbefund nie die ursprüngliche Größe des Risses erkennen läßt. In Betracht kommt sicher auch die Lage der blutenden Gefäße in nicht kontraktionsfähigen Geweben.

Küstner: Ich möchte nochmals meiner Ansicht Ausdruck geben, daß ein negativer Druck im Abdomen unter den Verhältnissen, unter welchen eine Blutung im Abdomen entsteht, im allgemeinen nicht besteht. Der Druck im Abdomen ist positiv. Allerdings ist er keine an allen Stellen des Abdomens gleiche Größe. Er ist an allen Stellen verschieden und in hohem Maß abhängig von dem Gewichte der Eingeweide. Er ist in der Tiefe des Beckens an der stehenden Person etwa gleich einer Wassersäule von 50 cm, bei der auf dem Rücken liegenden etwa von 10—15 cm. Er ist im Mesogastrium bei der stehenden Person niedriger als im Hypogastrium. Auch die Spannung von füllbaren Organen (Darm, Blase) erhöht gelegentlich die Druckgröße in ihrer unmittelbaren Umgebung. Der Druck, welcher auf einer rupturierten Tube lastet, beträgt, wenn die Frau auf dem Rücken liegt, immer noch soviel wie eine Wassersäule von einigen Zentimetern Höhe.

L. Fraenkel: Weder an das Vorhandensein eines negativen Druckes oder eines luftleeren Raumes, in den das Blut sich ergießt, glaubt Vortr., sondern nur an lokale Druckdifferenzen infolge der Atmung u. a. m. Außer diesen Momenten wäre an folgende weitere zu denken, von denen ein Teil angeführt wurde: Verringerte Neigung zur Gerinnung in der geschlossenen Bauchhöhle infolge Abwesenheit der Luft oder der gerinnungswidrigen Eigenschaften des Syncytiums, die Größe bzw. leichte Ausdehnungs- und Aufnahmefähigkeit des Bauchraumes, der also fehlende Gegendruck, die geringe Kontraktionsfähigkeit von der blutenden Stelle benachbarter Gewebe.

An der Diskussion beteiligten sich noch die Herren Dienst, Courant, Rosenstein, Schiller, Krebs.

VII. Küstner stellt einen Ovarialtumor, ein pseudomucinöses Kystom, vor von 11 kg Gewicht, welches er ohne Morcellement exstirpiert hat, und erörtert an der Hand dieses Falles das Prinzip, Ovarialtumoren immer unzerkleinert zu exstirpieren. Wenn die Gefahr der Implantationsmetastasen im allgemeinen gering sei und nur überhaupt bei wirklich malignen Tumoren in Betracht komme, so bestehe sie doch, wie ihm nicht nur die Literatur, sondern auch die eigene Erfahrung beweise. Da nun aber manche Tumoren während der Operation auf ihre mikroskopische Dignität hin nicht ohne weiteres gewürdigt werden können, erfahrungsgemäß aber ein hoher Prozentsatz aller Ovarialgeschwülste maligner Natur sei, so empfiehlt es sich, unterschiedslos alle Ovarialgeschwülste unangestochen, unzerkleinert aus der Bauchhöhle zu eliminieren. Dazu ist bei großen Tumoren ein großer Schnitt nötig, welcher gelegentlich bis an oder in die Nähe des Processus xiphoides reichen kann. Für einen aseptischen Verlauf aber ist von einem großen Schnitt aus nichts mehr zu fürchten, zudem schaffe ein großer Schnitt manche Erleichterung bei der Operation, welche zu seinen Gunsten in die

Wagschale zu legen sei. Auch die Bauchhernie lasse sich bei einem großen Schnitte nahezu ebenso sicher vermeiden als bei kleinerem.

Diskussion. Asch bespricht die Maßnahmen, die es ihm bisher immer ermöglichten, bei kleinem Schnitt und mit Anstechen der Cyste die Bauchdecken sicher zu schützen. Er hält die Implantationsgefahr überhaupt für wenig groß. Die sicher nachgewiesenen Fälle sind wenige im Vergleiche zur Anzahl der Ovariotomien. Er erinnert an Polano's Fälle von Bauchdeckentumoren ohne Schnittimplantation. A. regt eine diesbezügliche Statistik aus dem Materiale der Mitglieder der Gesellschaft an.

Biermer läßt den »Sektionsschnitt« nur für die dickwandigen Ovarialtumoren zu Recht bestehen und widerrät ihn bei dünnwandigen Riesentumoren.

Neueste Literatur.

3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 1.

1) Esch (Berlin). Über Eklampsie.

Die vorliegende Arbeit behandelt die in den 6 Jahren von 1900—1905 in der Berliner Universitäts-Frauenklinik beobachteten Fälle von Eklampsie, indem sie die Fortsetzung zweier früher erschienenen Arbeiten von Olshausen und Goedecke bildet, die ihren Mitteilungen die Eklampsiefälle von 1885—1900 zugrunde gelegt hatten.

Die Gesamtzahl der Fälle in den letzten 6 Jahren beläuft sich auf 496: 385 Iparae und 107 Multiparae. Verf. gibt zunächst eine allgemeine Statistik, er schildert sodann ausführlich die zahlreichen bedeutungsvollen klinischen Beobachtungen und behandelt schließlich eingehend die therapeutischen Maßnahmen, wie sie in der Olshausen'schen Klinik während jenes Zeitraumes zur Anwendung gelangten.

Wegen Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden, da es bei der Fülle der mitgeteilten wichtigen Ergebnisse unmöglich ist, an dieser Stelle der hervorragend fleißigen Arbeit auch nur einigermaßen gerecht zu werden.

2) P. Broese (Berlin). Über Endometritis atrophica purulenta foetida.

Den Anlaß zu den vorliegenden Ausführungen gaben Beobachtungen an zwei Frauen im Alter von 65 und 67 Jahren, die seit 18 bezw. 21 Jahren amenorrhoisch waren und seit mehreren Monaten durch das Auftreten eines profus eitrigen, aashaft stinkenden Ausflusses belästigt wurden. Die eine Kranke klagte außerdem über täglich zu einer bestimmten Zeit einsetzende krampfartige Schmerzen im Unterleibe, sowie über den Abgang von bröckeligen Fetzen; Blutungen fehlten in beiden Fällen. Da der eitrige Ausfluß mit Bestimmtheit aus der Uterushöhle stammte, so hatte man zunächst an Korpuskarzinom gedacht. Die mikroskopische Untersuchung der durch Probeauskratzung gewonnenen Gewebsbröckel ergab in beiden Fällen keinen Anhalt für Karzinom; das erhaltene Gewebe sah in dem ersten Falle wie eine Abszeßmembran aus, während im zweiten Fall eine hochgradige interstitielle Endometritis mit Schwund der Drüsen an einzelnen Stellen festgestellt wurde.

Wegen der Ähnlichkeit mit entsprechenden Katarrhen anderer Schleimhäute des menschlichen Körpers schlägt Verf. für diese Form der Endometritis den Namen Hysterozaena vor.

Eine dritte ausführlich mitgeteilte Beobachtung zeigt, wie außerordentlich schwierig in diesen Fällen manchmal die Differentialdiagnose gegenüber Karzinom oder Sarkom des Corpus uteri ist.

Therapeutisch hat sich in beiden Fällen die Tamponade des Uterus durch Jodoformgaze nach der Probeauskratzung gut bewährt, event. muß man zur Beseitigung des fötiden Geruches noch wiederholte intra-uterine Chlorzinkätzungen und desinfizierende Ausspülungen des Uterus mit verdünnter Holzessiglösung vornehmen.

3) A. Leo (Halle a. S.). **Stirnlage mit mento-posteriorem Austrittsmechanismus. Ein Beitrag zum Studium des Mechanismus partus bei Deflexionshaltung.**

Bei einer Ipara mit mäßig platt verengtem Becken wurde eine Deflexionslage beobachtet, die bei innerer Untersuchung nach Eintritt des Kopfes ins Becken als Stirnlage aufgefaßt werden mußte und in der Weise spontan verlief, daß beim Tiefertreten des Kopfes besonders nach dem Blasensprunge die Gegend der Nasenwurzel zurückblieb und nach hinten rotierte. Die große Fontanelle übernahm die Führung und trat unter die Symphyse, der Reihe nach wurden geboren die vordere obere Ecke des rechten Scheitelbeines, die Stirn, das Gesicht; schließlich nach Geburt des Kinnes, senkte sich der Kopf und ließ dann erst das Hinterhaupt unter der Symphyse hervortreten.

Mit Berücksichtigung der wenigen anderen publizierten Stirnlagenfälle mit mento-posteriorem Austrittsmechanismus stellt Verf. folgende Schlußfolgerungen auf:

Nur bei weitem Becken und weitem Beckenausgange können diese Lagen vorkommen. Die Stirneinstellung wird durch dieselben Ursachen hervorgerufen wie die Deflexion überhaupt (platter Beckeneingang, Hängebauch). Das Beibehalten der Stirnlagendeflexion ist auf im Beckeneingange wirksame Momente zu beziehen, vielleicht darauf, daß der kindliche Körper durch den knöchernen Eingang in der Deflexionshaltung fixiert wird. Das Ausbleiben der Rotation ist fast immer die Folge der Dehnbarkeit und Weite der schlaffen Weichteile. Da selbst ausgetragene Kinder spontan auf diese Weise geboren werden können, so darf man in der Lage als solcher keine Indikation zu einem Eingriffe sehen, muß sich vielmehr bei der Geburt abwartend verhalten.

Falls sich auch bei weiteren Beobachtungen die für die mento-posteriore Stirnlage angenommene Ätiologie als richtig erweisen sollte, so ist für die Deflexionslagen im allgemeinen folgender Schlußsatz aufzustellen:

Alle im weiteren Geburtsverlaufe bestehen bleibenden Deflexionslagen verlangen, falls nicht die Flexion des Kopfes durch allgemeine Verengerung des knöchernen Beckens bis zum Ausgange hin oder durch große Straffheit der Weichteile hervorgerufen ist, die Annahme eines auf den kindlichen Rumpf einwirkenden Momentes. Ob dieses Moment stets in der platten Verengerung des Beckeneinganges oder in anderen Umständen zu suchen ist, werden erst weitere Beobachtungen ergeben können.

4) R. Meyer (Berlin). **Zur Kenntnis der benignen chorioepithelialen Zellinvasion in die Wand des Uterus und der Tuben.**

M. fand bei seinen Untersuchungen stets, sowohl bei uteriner als bei tubarer Gravidität, in der Schleimhaut und in der Muskulatur fremdartige Zellen sehr verschiedener Form und Größe. Diese Zellen stammen niemals von der Mutter ab, sondern sind stets epiplastische choriale Epithelien, welche meistens von den Zellsäulen der Haftzotten oder seltener von in der Schleimhaut liegenden Zotten oder von zuweilen tief in die mütterlichen Blutgefäße eingedrungenen Zotten (Pseudodeportation) abzuleiten sind, und die sich nicht durch Wanderung, sondern durch Zellvermehrung zwischen den Muskelbündeln und längs der Gefäße ausbreiten. Diese Zellen sind als Abkömmlinge der Langhanszellen, seltener zum Teil auch des Syncytiums, zu betrachten; dabei ist die Unterscheidung beider Zellarten überflüssig, da aus dem Syncytium Einzelzellen hervorgehen.

Die choriale Epithelinvasion bewirkt nur bei stärkerer lokaler Anhäufung der Zellen eine bedeutungslose Schädigung des mütterlichen Gewebes, deren größte die Durchbrechung der Gefäßwände mit zuweilen eintretender Verstopfung der Gefäßlumina darstellt. Außerdem gelangen vom intervillösen Raum oder von tief in die Gefäße eingedrungenen Zotten aus zuweilen in großen Mengen Chorionepithelien direkt in die Blutbahn. Alle stärkeren Grade der chorionepithelialen Invasion sind stets pathologisch und sind mit den tiefen epithelialen Invasionen der Schleimhaut in Uterus und Tuben auf gleiche Stufe zu stellen. Sie verschwinden im Wochenbett, ohne Spuren zu hinterlassen, abgesehen von den Fällen von Placentarretention.

Bezüglich der mikroskopischen Differentialdiagnose zwischen der benignen chorialen Epithelinvasion und dem malignen Chorionepitheliom ist, außer auf das Aussehen der Zellen besonders auch auf etwaige Thrombosen zu achten: fehlen Thrombosen bei massenhafter Ansammlung von Chorionepithelien, so weist das auf harmlose Zellinvasion hin.

Solange Zottenreste gefunden werden, hat der Nachweis von selbst tief in der Muskulatur gelegenen Chorionepithelien keine klinische Bedeutung. Man muß daher in Fällen von nicht sicher bösartigem Charakter curettierter oder ausgestoßener Gewebsmassen zunächst nachweisen, daß Placentarreste vorhanden sind bzw. fehlen, bevor man ein malignes Chorionepitheliom diagnostiziert.

Nach 3 Wochen des Puerperiums ist dem Vorhandensein chorialer Zellen im Uterus, falls Placentarreste sicher fehlen, stets eine ernsthafte Bedeutung beizumessen.

5) G. Burckhard. **Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Ovarien und Tuben sowie des Uterusrestes nach vollständiger resp. teilweiser Entfernung des Uterus bei Kaninchen.**

Nach Vornahme der Laparotomie bei den Versuchskaninchen wurde bei einem Teile der Tiere das ganze Uterushorn der einen Seite bis zur Tube entfernt, bei anderen wurde zugleich die Tube bis dicht an das Ovarium heran mitgenommen, und bei noch anderen wurde nur ein Stück aus dem Uterushorn exzidiert.

In dieser Weise wurden in einer Reihe von Fällen die Tiere nur einseitig operiert, in einer anderen Versuchsreihe in genau der gleichen Weise doppelseitig.

Die Ovarien blieben in allen Fällen auf beiden Seiten zurück.

Die bloß einseitig operierten Tiere wurden teilweise gravid und warfen am Ende einer normalen Gravidität zwei bis drei gut entwickelte Junge.

Die laparotomierten Tiere wurden zwecks Untersuchung der inneren Genitalorgane nach verschieden langer Zeit getötet, die letzten nach 5 Jahren.

Die Ovarien zeigten bei den innerhalb des 1. Jahres getöteten Tieren kaum nachweisbare Veränderungen; bei den später getöteten Tieren fand sich teilweise eine geringe, mit der seit der Operation verflossenen Zeit scheinbar zunehmende Atrophie der Eierstöcke und Verschmälerung der Rindenschicht.

Diese am Eierstocke nach Entfernung des Uterus auftretenden atrophischen Vorgänge werden wahrscheinlich durch Störungen in der Blutversorgung des Organes hervorgerufen.

Die Tuben waren in den meisten Fällen makroskopisch und mikroskopisch unverändert. Bei einem Tiere fanden sich in der Tube der operierten Seite mehrere kleine Cystchen mit annähernd kreisförmigem Querschnitt und sehr verdünnter Cystenwand, die mit ganz abgeplattetem Epithel bekleidet war.

Die Uterusreste waren in mehr als der Hälfte der Fälle außerordentlich stark cystisch dilatiert. Diese Dilatation wurde sowohl an dem vaginalwärts wie an dem tubenwärts von der Operationsstelle gelegenen Uterusende beobachtet. Die so veränderten Uterusreste zeigten die Stärke eines Bleistiftes bis zu der eines kleinen Fingers, ihre Wand war äußerst dünn, ihr Inhalt bestand aus einer eiweißhaltigen Flüssigkeit. Mit der Länge der seit der Operation verflossenen Zeit wuchs die Stärke der Auftreibung. Die Cystenflüssigkeit ist wahrscheinlich als ein Produkt der Uterusschleimhaut bezw. ihrer Drüsen anzusehen.

6) V. Doca (Berlin). **Ein Fall von diffusem Myom mit beginnendem Karzinom in der hyperplastischen Uterusschleimhaut.**

Bei einer 45jährigen Multipara wurde wegen Blutungen der in seiner Größe dem 3. Schwangerschaftsmonate entsprechende myomatöse Uterus durch supravaginale Amputation abgetragen. Die Schnittfläche des exstirpierten Organes fühlte sich weich und saftig an und zeigte die Farbe der normalen Muskulatur; nur einzelne marmoriert aussehende Stellen unterschieden sich deutlich von der Umgebung. Die Mucosa war stark gewuchert und mit zahlreichen, verschieden gestalteten, cystischen Räumen durchsetzt.

Die mikroskopische Untersuchung wies nach, daß das Uterusgewebe an den marmorierten Stellen diffus myomatös degeneriert war und sich dadurch von dem

umgebenden normalen Uterusparenchym scharf abhob. Die Schleimhaut befand sich im Zustande der diffusen exsudativen Endometritis, durchsetzt mit zahlreichen erweiterten Drüsen. Nur an einer umschriebenen Partie war statt des Drüsengewebes in der Mucosa eine solide Masse sichtbar, die durch karzinomatöse Degeneration einzelner Drüsen zustande gekommen war.

Ein Zusammenhang des diffusen Myoms mit der Muskulatur der kleinsten Arterien war an keiner Stelle nachzuweisen, Verf. neigt der Ansicht zu, daß das diffuse Myom in diesem Falle seinen Ausgang von der Uterusmuskulatur genommen hat. **Scheunemann** (Stettin).

Geburtshilfliches.

4) S. Sufrin. Ein Fall von vollständiger Gebärmutterinversion post partum.

(Spitalul 1905. Nr. 23 u. 24.)

Die Umstülpung geschah wahrscheinlich durch Ziehen der Hebamme an der Nabelschnur. Bedauerlich ist, daß die sofortige Reposition nicht vorgenommen wurde, so daß die Pat. nach 6monatigem Siechtum einer chirurgischen Klinik behufs Vornahme der Hysterektomie überwiesen werden mußte.

E. Toff (Braila).

5) O. Horn. Modifikation der Vaginalrohre usw.

(Sonderdruck aus Hospitals Tidende 1905. Nr. 43.)

Wenn man eine Ausspülung vornimmt oder ein Lavement gibt, ist es häufig beschwerlich, die ausströmende Flüssigkeit abzusperren, sowohl in dem Momente, wo das Rohr vom Irrigator zum Operationsfelde hingeführt wird, als auch, wenn man dieses wieder zurückführt.

Man kann sich mit Hähnen oder Klammern helfen, die an der Schlange festgesetzt werden; da man diese aber selbst schwierig bedienen kann, ist man von einem Assistenten abhängig. Die meisten ziehen vor, selbst schließen und öffnen zu können, aber dieses ist nicht immer gleich leicht; denn wenn die eine Hand am Operationsfelde beschäftigt ist, muß das Schließen mit der anderen Hand bewerkstelligt werden, entweder dadurch, daß man die Schlange zusammendrückt, oder durch eine Umwicklung derselben. Aber gleichzeitig soll diese zweite Hand das Rohr führen, und falls dieses sich nicht leicht dirigieren läßt, läßt man leicht die Schlange los, wodurch die Kompression unvollständig wird und die Flüssigkeit herausläuft.

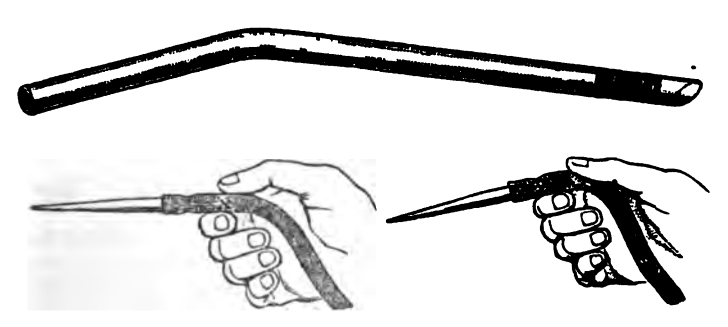


Fig. 1 (offen). Fig. 2 (geschlossen).

Um nun diesem Übelstand abzuhelfen, kann man die hier abgebildeten Vaginalrohre und Wundspitzen verwenden. Dieselben sind an dem Ende, das in

die Schlange eingesetzt wird, schräg abgeschnitten, ungefähr wie die Spitze eines Glastrichters. Man nimmt das Rohr zwischen den Daumen und den zweiten Finger, so daß die schräge Fläche gegen den Daumen gewandt ist (s. Fig. 1). Wünscht man dann zu schließen, so geschieht dieses durch einen einzigen Druck des Fingers, indem man mit der Pulpa des Daumens die Schlange gegen die schräge Fläche des Rohres drückt (s. Fig. 2). Dadurch wird erreicht, daß man mit derselben Hand teils das Rohr fixieren, teils dasselbe effektiv schließen kann; und je stärker man drückt, um zu schließen, desto fester wird das Rohr gehalten. Wenn man jetzt wieder losläßt, wird die Flüssigkeit leicht passieren können.

Wenn man somit genau schließen kann, werden Luftblasen im Rohr und in der Schlange auch vermieden werden.

Damit das Rohr nicht hinausgeschoben wird, wenn man die Schlange zusammendrückt, ist die schräge Fläche nicht glatt, sondern matt geschliffen. Eine Einkerbung oder ein Gürtel von mattem Glas, ein kleines Stück von der schrägen Fläche, bewirkt außerdem, daß das Rohr nicht hinausgleitet. Sicherheitshalber ist es aber am besten, immer die Schlange ein gutes Stück über das Rohr zu schieben.

Man sollte glauben, daß eine Spitze mit einer größeren schrägen Fläche mehr handlich wäre, aber verschiedene Versuche haben gezeigt, daß das Schließen dann weniger genau wird.

Die Modifikation verteuert die Rohre nicht. (Selbstbericht.)

6) K. Brandt und L. S. Petersen. Von dem engen Becken.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1905. p. 253.)

In der Gebäranstalt in Christiania kamen in den Jahren 1890—1899 inkl. bei 9614 Geburten 347 enge Becken vor: in 3,61%, eine Zahl, die als Mittelzahl für Norwegen angesehen werden kann. Die starken Verengerungen sind selten: Conj. vera über 9 cm hatten 60,8%, 9,0—7,1 cm 36,8%, 7,0—5,1 cm 2%, unter 5,1 cm 0,5%. — 61,8% waren platt, 18,9% allgemein verengt. — Als Zeichen, daß die Ursachen der Verengung vielleicht tiefgreifender Natur sind, finden Verff., daß die Zeit der ersten Menstruation bei Mädchen mit engem Becken um 1 Jahr verzögert ist dem normalen gegenüber.

Verff. geben eine generelle Übersicht über die Lehre vom engen Becken, indem sie durch die Einzelheiten des vorliegenden Materiales die einzelnen Sätze beleuchten.

Von den Einzelheiten sollen genannt werden:

In 80 Fällen (23,3%) wurde künstliche Frühgeburt eingeleitet (in einer früheren Arbeit von denselben Verff. bearbeitet). Die übrigen Geburten wurden beendet: spontan 42,5%, durch Zange 20,4%, Wendung auf den Fuß 5,5%, Extraktion 2,9%, Mutilation 4,5%, Kaiserschnitt 0,6%.

Die Geburten außerhalb der Klinik bei demselben Klientel endeten 67,6% spontan, 32,4% operativ. Dabei war die Mortalität der Kinder innerhalb der Klinik 21%, außerhalb der Klinik 42%, wenn die künstlichen Frühgeburten nicht gerechnet werden.

Nabelschnurvorfall kam in 7,9% vor, Placenta praevia in 1,7% (sonst in der Anstalt 1,3%), Eklampsie in 3% (in Christiania überhaupt 1,4%), Ruptura uteri oder vaginae kam nicht vor, Symphysenruptur 2mal.

Hohe Zange (an beweglichen Kopf) wurde nie angelegt. Prophylaktische Wendung wurde nur 1mal gemacht. Perforation und Eviszeration (1mal) wurde außer bei den Frühgeburten 17mal gemacht, 2mal bei lebendem Kinde.

Sectio caesarea und Porro wurde je 1mal auf absolute Indikation gemacht. Symphyseotomie wurde nicht gemacht. Diese Operationen sind durch einen ausgiebigen Gebrauch künstlicher Frühgeburt ersetzt.

Mortalität der Mütter war 1,5%, diejenige der Kinder (die künstlichen Frühgeburten mitgerechnet) 25,8%. Morbidität der Mütter 25,8% (Temperatur über 38° C). **Kr. Brandt** (Christiania).

7) **R. Jardine.** Acht interessante geburtshilfliche Fälle.
(Glasgow med. journ. 1905. August.)

1) Ovarialdermoid als Geburtshindernis.

Der orangegroße Tumor war fest im Becken eingekeilt und ließ sich nicht in die Höhe drängen. Laparotomie. Vorwälzen des Uterus. Entfernung der Geschwulst nach Lösung der Adhäsionen. Provisorischer Verschluß der Bauchwunde mit Klemmen. Entwicklung des lebenden Kindes mit Zange. Etagennaht der Bauchwunde. Ungestörte Heilung.

2) Hydrorrhoea gravidarum in einem Falle von Placenta praevia totalis.

Einer Igravida fällt im 6. Monat ein schwerer Mann gegen den Leib. Von da ab treten oft Spannung und Schmerzen im Abdomen auf, die jedesmal nach Abfluß einer wäßrigen, nur einmal leicht blutig gefärbten Flüssigkeit aus der Vagina nachlassen. Mitte des 8. Monates wird unter heftigen Schmerzen ein großer Blutklumpen ausgestoßen; unmittelbar nachher Wohlbefinden; Muttermund geschlossen. Am normalen Schwangerschaftsende wiederholt sich dieser Vorgang noch zweimal; dann aber tritt mit regelmäßigen Wehen und beginnender Öffnung des Muttermundes eine starke Blutung ein, die zur Tamponade und zur Beendigung der Geburt zwingt. Das Kind kommt nach Perforation der vorliegenden Placenta durch Wendung lebend zur Welt. Obwohl in den Eihäuten nirgends ein Riß zu finden ist, muß angenommen werden, daß es sich um periodischen Verlust von Liquor amnii gehandelt hat.

3) Blutung bei engem Becken.

Lebensgefährliche Blutung bei engem Becken mit Conj. vera von $6^1/_3$ cm und bei markstückgroßem Muttermund. Ursache: vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Kind lebt. Sectio caesarea conservativa. Abbinden und Durchschneiden der Tuben. Mutter und Kind gerettet.

4) Innere Blutung im 5. Monate.

VIpara, vor 6 Monaten entbunden. Danach 4 Monate lang Amenorrhöe, dann zweimal Blutverlust, der als Menstruation aufgefaßt wird. Im Abdomen ein bis fast zum Nabel reichender, teigig sich anfühlender Tumor, der als schwangerer Uterus erkannt wird. Herztöne nicht hörbar. Nach 8 Tagen geht dunkles, teerartiges Blut ab. Eröffnung des Muttermundes, Entleerung des Uterus, der zu zwei Dritteln mit Blutgerinnseln, zu einem Drittel von einem am unteren Pol abgelösten, im übrigen intakten Ei angefüllt ist. Heilung.

5) Innere Blutung.

VIpara bekommt am Schwangerschaftsende plötzlich die Zeichen einer schweren inneren Blutung. Muttermund halb erweitert, gut dehnbar, Kopf liegt tamponierend vor. In Narkose völlige Erweiterung, Entbindung durch Wendung und Extraktion. Entleerung gewaltiger Blutcoagula und der vollständig gelösten Placenta. Mangelhafte Kontraktion, Blutung ex atonia, Tamponade mit Jodoformgaze. Heilung.

6) Unstillbares Erbrechen.

Igravida am Ende des 2. Monates. Seit 14 Tagen andauerndes Erbrechen, nichts wird behalten. Ausschließlich rektale Ernährung, nur Cerium oxalicum per os. Nach einigen Tagen wird eisgekühlte peptonisierte Milch nur ausnahmsweise erbrochen und schon 14 Tage später normale Kost wieder vertragen.

7) Unstillbares Erbrechen und Skorbut.

VIgravida im 7.—8. Monate leidet seit 10 Tagen an unstillbarem Erbrechen. Gleichzeitig bestehen an verschiedenen Körperstellen Hämorrhagien der Haut, Ernährung ausschließlich per rectum, Strychnin subkutan. Das Erbrechen hört auf. 10 Tage später spontane Entbindung. Jede Nahrung wird vertragen. Nun aber beginnen unter heftigen Schmerzen Verfärbungen und Nekrosen der Haut an den Füßen und an anderen Stellen mit Blasenbildung. Unter vegetabiler Diät tritt bald Genesung ein, doch müssen einige Zehen teilweise abgenommen werden.

8) Uterusruptur.

VIIpara mit mäßig allgemein verengtem Becken war in Walcher'scher Hängelage mit Zange entbunden und nach spontaner Ausstoßung der Nachgeburt intra-uterin ausgespült worden. Nach 4 Stunden Kollaps. Uterus gut kontrahiert; keine abnorme Blutung aus den Genitalien; Abdomen aufgetrieben, gespannt, schmerzhaft. Morphium, Strychnin und Kochsalz subkutan. Nach vorübergehender Besserung tritt Verschlimmerung des Zustandes auf. Laparotomie 28 Stunden nach der Entbindung. Im Abdomen viel flüssiges und geronnenes Blut. Querer Riß von ca. 3 cm Länge im Uterus an der Grenze zwischen Korpus und Cervix. Amputation des Uterus nach Porro. Die Rekonvaleszenz ist durch schwere Magen-Darmstörungen, Schmerzen in den Waden, Eiterung aus dem Uterusstumpfe, Schüttelfröste und Fieber gestört, doch tritt schließlich völlige Genesung ein. Die Uterusruptur muß dadurch zustande gekommen sein, daß der mit der Zange gewaltsam durch das Becken gezogene Kopf die Uteruswand vor dem Promontorium durchgescheuert hat. Vor der Operation ließ sich die Diagnose nicht stellen.

Walbaum (Steglitz).

8) **S. Dorf** (Klein-Moßau). Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Geburtsverletzungen der Neugeborenen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Die Mutter der Gebärenden hielt die in die Vulva eingetretene Kopfgeschwulst für die Blase und eröffnete diese vermeintliche Blase mit einer Schere. Der Arzt fand auf dem Kindskopf eine Wunde vor, die, vom rechten äußeren Augenwinkel bogenförmig verlaufend, über die Höhe des Schädels bis ca. 1 cm vor den linken äußeren Augenwinkel sich erstreckte. Die Wundränder klafften stellenweise bis zu 4 und 5 cm. Die genähte Wunde heilte per primam.

Die angeklagte Urheberin der Verletzung wurde freigesprochen.

Drei analoge Fälle aus der Literatur werden in Kürze wiedergegeben.

Keitler (Wien).

9) **J. Frigyesi** (Budapest). Über Kaiserschnitt.

(Gynaekologia 1905. Nr. 1.)

Bericht über die Kaiserschnitte, welche in der II. Universitäts-Frauenklinik seit dem Jahre 1881 ausgeführt wurden. Die Gesamtzahl beträgt 31, d. i. auf 429 Geburten 1 Fall. 20 Operationen waren konservativ, 11 radikal. In 18 Fällen wurde auf Grund der absoluten, in 13 auf relativer Indikation operiert. Die absolute Indikation wurde außer der Beckenenge durch verschiedene Tumoren abgegeben. Die Mortalität des konservativen Kaiserschnittes betrug 20%, die reduzierte Mortalität 5%; bei den Radikaloperationen 36,6% resp. 0%. In allen 13 aus relativer Indikation ausgeführten Fällen wurden lebende Kinder zur Welt gebracht; bei den absolut indizierten Fällen waren die Kinder in 13 Fällen lebend, in fünf Fällen tot. Der Zustand der Kinder wurde durch die Lage der Placenta nicht beeinflußt. Der vaginale Kaiserschnitt wurde 2mal wegen Karzinom mit nachfolgender Totalexstirpation ausgeführt. Beide Fälle genasen. Post mortem wurde der Kaiserschnitt 2mal gemacht, in beiden mit totem Kinde.

Temesváry (Budapest).

10) **O. Viana** (Venedig). Spontane Uterusruptur intra partum mit tödlichem Ausgange.

(Rassegna d'ost. e gin. 1905. September.)

Der mitgeteilte Fall ist sowohl in klinischer wie auch in ätiologischer Beziehung bemerkenswert. Es handelte sich um eine 41jährige XIVpara; zwölf spontane Entbindungen und ein Abort waren vorausgegangen, in der jetzigen Schwangerschaft hatte Pat. vorübergehenden Blutverlust gehabt. Die Kreißende kam nach Ablauf des Fruchtwassers in die Klinik, die Wehen waren schwach und blieben es auch während der nächsten 24 Stunden; da änderte sich der Zustand plötzlich, es trat eine geringe Blutung aus den Genitalien ein, die Gebärende

bekam Frost, Dyspnoe und kalten Schweiß und war nach wenigen Minuten eine Leiche. Die kurze Zeit vor dem Tode vorgenommene Untersuchung ergab einen auf kaum 3 cm erweiterten Muttermund, im übrigen normale Schädellage. Die Diagnose schwankte zwischen Uterusruptur und innerer Blutung durch Placentarlösung. Die Sektion ergab als wesentlichsten Befund einen inkompletten Riß auf der rechten Uterusseite nebst einem großen subperitonealen Hämatom; außerdem eine beträchtliche Hypertrophie des linken Ventrikels, Aortenatherom und entzündliche Prozesse in den Nieren. Der Fötus und die Placenta wiesen keine Anomalien auf. Bei der histologischen Untersuchung zeigte sich eine erhebliche Degeneration der uterinen Muskelelemente, welche im unteren Segment am weitesten vorgeschritten war; die elastischen Gewebsbestandteile waren hingegen nicht wesentlich verändert. Es handelte sich also um einen Fall von wirklich spontaner Uterusruptur — spontan insofern, als keine der sonst in Betracht kommenden Ursachen (Beckenenge Querlage, Hydrocephalus, Stenosen der Vagina, Tumoren u. dgl.) vorhanden war, und auch kein gewaltsamer Eingriff unternommen wurde; den einzigen Anhaltspunkt in ätiologischer Beziehung bietet die degenerative Gewebsveränderung im Uterusparenchym. Verf. glaubt, daß die Schnelligkeit des tödlichen Ausganges hauptsächlich auf Rechnung des peritonealen Choks zu setzen ist.

H. Bartsch (Heidelberg).

11) O. Viana (Venedig). Ein Fall von Placentartumor.

(Ginecologia 1905. April 30.)

Echte Neubildungen der Placenta sind bekanntlich außerordentlich selten. Der vom Verf. mitgeteilte Fall betrifft eine 30jährige gesunde Frau, die eine ganz beschwerdefreie Schwangerschaft (es war überhaupt die erste) sowie auch eine normale Entbindung überstanden hatte; die Lösung der Nachgeburt erfolgte ebenfalls in völlig normaler Weise. In der Placenta ließ sich, nahe dem Rand, eine rundliche Masse von derber Konsistenz wahrnehmen; die Größe des Tumors entsprach etwa dem Volumen einer großen Nuß. Das Amnion zog über die Geschwulst hinweg, ohne innigere Verbindungen mit derselben einzugehen. Auf dem Durchschnitt erschien der Tumor von ovalärer Form und von braunrötlicher Farbe; die Konsistenz war in der Peripherie derber, im Zentrum weicher. Die Geschwulstmasse war überall von einer weißlich-fibrösen Kapsel umgeben, die an der fötalen Fläche bis zu 3 mm Dicke aufweist. Diese Kapsel trennt das eigentliche Placentargewebe völlig von dem Tumor. Die histologische Untersuchung ergab nun folgendes: Im Zentrum sind besonders auffallend eine sehr große Menge von Gefäßen, hauptsächlich Kapillaren, daneben auch kleine Arterien; also ein vorwiegend angiomatöser Bau. In der Peripherie war ein mehr myxomatöses Gewebe vorhanden; dazwischen fibröses oder auch zellreiches Bindegewebe. Die Kapsel erwies sich aus fibrillärem Bindegewebe bestehend. Einige der benachbarten Chorionzotten stehen zwar in inniger Verbindung mit dieser Kapsel, ohne jedoch in den eigentlichen Tumor einzudringen. Die Untersuchung auf Fibrin ergab wenig Positives, desgleichen auch die auf elastische Fasern. Der Tumor bestand also, wie stets in solchen Fällen, im wesentlichen aus Bindegewebe und Kapillargefäßen; daher die mannigfachen Bezeichnungen als Fibrom, Angiom, Myxom, auch Chorionangiom. Schwer zu entscheiden ist die Frage, ob es sich bei diesen Tumoren um eine echte Neubildung handelt, oder ob nicht vielmehr eine einfache Hyperplasie des chorialen Bindegewebes vorliegt; Verf. findet eine wesentliche Ähnlichkeit mit dem histologischen Bilde bei der Organisation des Thrombus. Im übrigen bieten diese Tumoren mehr Interesse von seiten der Pathologie als der Klinik.

H. Bartsch (Heidelberg).

12) F. Caruso (Novara). Über die intra-uterine Leichenstarre.

(Arch. di ost. e gin. 1905. April.)

Verf. berichtet über die Entbindung einer Ipara, bei welcher der erstbehandelnde Arzt vergebliche Extraktionsversuche mit dem Forceps unternommen hatte; als die Kreißende in die Klinik gebracht wurde, war der Fötus mittlerweile ab-

gestorben, und die Geburt wurde nun, da die Wehen andauernd schwach blieben, mit Hilfe der Zange beendigt. Das neugeborene Kind zeigte deutliche Erscheinungen der Leichenstarre: der linke Vorderarm und die rechte Hand waren flektiert, die unteren Gliedmaßen im Knie gebeugt; bei Streckungsversuchen war ein erheblicher Widerstand nachzuweisen. Die Kiefer waren nicht aufeinander gepreßt. Die Muskeln des linken Armes waren 1 Stunde nach der Geburt völlig erschlafft, später ließ die Starre in der rechten Hand nach, und erst 6 Stunden nach der Geburt waren alle Muskeln erschlafft. — Die Autopsie ergab: Zahlreiche Blutextravasate in der Galea und dem Periost des Schädels, mangelhafte Ossifikation im Scheitelbeine, hämorrhagische Herde in den Meningen, Hyperämie und punktförmige Hämorrhagien in der Gehirnsubstanz, desgleichen im verlängerten Mark. Als Todesursache sind wohl die durch Kompression von seiten des Forceps erzeugten Läsionen im Zentralnervensystem anzuschuldigen. Da der Zeitpunkt des kindlichen Todes sich nach der Anamnese mit einiger Sicherheit fixieren läßt, so ergibt sich der Schluß, daß Anfang, Höhepunkt und beginnendes Schwinden der intra-uterinen Leichenstarre den Zeitraum von etwa 3 Stunden nicht überschritten; dies ist die Zeit, die zwischen dem Tode des Fötus und seiner Geburt verstrichen ist. — Im Anschluß an den mitgeteilten Fall bespricht Verf. die Frage nach dem eigentlichen Wesen der intra-uterinen Leichenstarre sowie der Leichenstarre überhaupt, indem er die hierauf bezüglichen Theorien (Eiweißkoagulation, Muskelkontraktur) erörtert. Unter den Faktoren, die das Auftreten der intra-uterinen Leichenstarre begünstigen oder beschleunigen, wären zu nennen: fieberhafter Zustand bei der Mutter, Übertritt von Giften aus dem mütterlichen Kreislauf in den fötalen, Eklampsie der Mutter, Anämie der fötalen Muskeln, endlich Läsionen des kindlichen Nervensystems, insoweit dieselben zu Muskelkrämpfen Veranlassung geben können. Es ist sehr wahrscheinlich, daß auch in dem vom Verf. beobachteten Falle Muskelkontrakturen vorausgegangen sind und den raschen Eintritt der Leichenstarre gefördert haben. Die intra-uterine Leichenstarre scheint doch nicht so selten zu sein, wie vielfach angenommen wird; Verf. hat 43 Fälle aus der Literatur gesammelt, den eigenen mitgerechnet. Die Leichenstarre bei dem noch im Uterus befindlichen Fötus zu diagnostizieren, wird nur ganz ausnahmsweise möglich sein; deswegen ist auch die Frage nach etwaigen Geburtsstörungen von untergeordnetem Interesse. Jedenfalls zeigt der hier beobachtete Fall, daß die Leichenstarre auch bei einem totgeborenen Fötus vorkommen kann, daß also ihre Konstatierung kein Beweis für ein extra-uterines Leben des Kindes ist. **H. Bartsch** (Heidelberg).

13) R. Teichmann. Über die Berechtigung zur Vernichtung des kindlichen Lebens im Fall einer Psychose der Mutter.

(Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zwanglose Abhandlungen. Bd. III. Hft. 6 u. 7.)

Es besteht heute noch rechtlich ein Widerstreit zwischen den Interessen der im Leben und Gesundheit gefährdeten Mutter und denen des ungeborenen Kindes. Die Lösung desselben ist nach Verf.s Ansicht nur vom Gesichtspunkte des »Notstandes« aus möglich, doch nur mit der Beschränkung desselben auf Angehörige und unverschuldete Notlage, sowie nur für den Fall, daß die drohende Gefahr auf keine andere Weise (Anstaltsbehandlung!) abzuwenden ist. Verf. kommt zu der These: »Im Falle der Abtreibung oder Tötung der Leibesfrucht im Mutterleib ist eine strafbare Handlung nicht vorhanden, wenn die Handlung in Ausübung der Heilkunst zu dem Zwecke der Heilung der Schwangeren im Fall einer auf andere Weise nicht zu beseitigenden, zu der Schwangerschaft hinzutretenden entscheidenden Komplikation vorgenommen wird.« **Michel** (Koblenz).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 39. Sonnabend, den 29. September. 1906.

Inhalt.

Selbsthaltender Vulvaspreizer und Vulvovaginalspreizer, ein neues Instrument für vaginale Operationen (Kolpotomien, digitale Ausräumung, Curettage, Dammrisse, Prolapsoperationen usw.).

Von

Dr. **M. Blumberg** in Berlin.

Bei der Ausführung der vaginalen Operationen, die ja einen unvergleichlichen Aufschwung genommen haben, werden auch von dem geübten Techniker besonders zwei Momente als erschwerend empfunden: erstens die Notwendigkeit mehrerer geübter Assistenten, die zur Freilegung des versteckt liegenden Operationsgebietes erforderlich sind, und zweitens die schwere Desinfizierbarkeit der äußeren Genitalien, die ihre Ursache in der reichen Behaarung und in der Nähe des Anus hat. Was den ersten Punkt betrifft, so stehen zwar in Universitätskliniken und großen Krankenhäusern immer genügend Assistenten zur Verfügung, anders aber in Privatkliniken oder gar im

Privathause, wo ja bisweilen auch unaufschiebbare Operationen ausgeführt werden müssen; hier ist es von Wert nicht auf zuviel helfende Hände angewiesen zu sein. Aber auch wo reichlich Assistenz vorhanden ist, gilt doch als unanfechtbarer Satz, daß durch jede assistierende Hand — bei der Unsicherheit unserer Händedesinfektionsmethoden — die Asepsis gefährdet wird, d. h. daß je weniger Assistenz ceteris paribus bei einer Operation erforderlich ist, desto leichter die Asepsis gewahrt bleibt.

Was ferner das zweite erwähnte Moment anbetrifft, so ist zu bedenken, daß, wenn schon jede behaarte Haut auch nach dem Rasieren unseren Desinfektionsmaßnahmen große Hindernisse in den Weg legt, dies bei der Vulva ganz besonders infolge der Nähe des Anus zutrifft. Um so unangenehmer ist es, daß auch geübte Assistenten nicht immer verhindern können, daß nicht innere Organe, an denen operiert wird, z. B. bei der vaginalen Exstirpation von Adnexerkrankungen der Uterus, zeitweise in direkte innige Berührung mit den Labien kommen und hier Gelegenheit haben, infiziert zu werden; durch Seitenspekula ist dies infolge der Raumbeengung nicht immer zu verhindern, abgesehen davon, daß die Hände der Assistenten dadurch notwendigen anderen Maßnahmen entzogen werden.

In einfacher automatischer Weise vermeidet das in Fig. 1 und 2 abgebildete Instrument die genannten Übelstände[1]. (Fig. 2 stellt den dreiteiligen Vulvovaginalspreizer dar, Fig. 1 dasselbe Instrument unter Fortlassung des dritten Teiles als Vulvaspreizer, es handelt sich also nur um ein Instrument.)

Der in Fig. 1 dargestellte Vulvaspreizer besteht aus einer Sperrzange, deren Enden je eine kleine (gerade oder über die Fläche gebogene) Kugelzange tragen. Durch die Kugelzangen werden bei Beginn der Operation die Labien jederseits gefaßt und kann nun während der ganzen Dauer der Operation mittels der Cremaillère die Vulva gespreizt gehalten werden. Das Instrument braucht nicht gehalten zu werden, sondern hält sich durch sein eigenes Gewicht in seiner Lage. Die übrigen bei der Operation gebrauchten Instrumente, wie Spekula usw., werden durch den Vulvaspreizer nicht behindert. — Durch die andauernde, gleichmäßige Spreizung der Vulva wird die Übersichtlichkeit des Operationsfeldes bedeutend besser und zugleich die Sicherheit der Asepsis erhöht.

Die Asepsis läßt sich noch weiter verbessern, wenn man mittels der kleinen Kugelzangen des Vulvaspreizers an die Labien zugleich beim Anlegen des Instrumentes ein Segel aus sterilisiertem Billrothbattist oder Gummipapier befestigt; dieses Segel deckt die Labien und hängt über den Anus herab, wodurch auch dieser aus dem Operationsgebiet ausgeschaltet wird (vgl. Döderlein-Krönig, Operative Gynä-

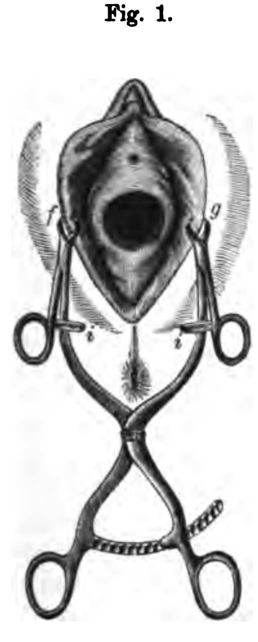
---

[1] Hergestellt von Georg Haertel, Breslau bzw. Berlin, Karlstr. 19.

kologie 1905, p. 17 und 18, nur daß hier die Befestigung des Segels an den Oberschenkeln erfolgt, bei meinem Instrumente dagegen an den Labien selbst, welche dadurch ebenfalls bedeckt werden).

Das Öffnen der Kugelzangen *f* und *g* wird dadurch noch erleichtert, daß deren Cremaillèren je in einen Fortsatz *i* enden, auf den ein Fingerdruck von unten her ausgeübt werden muß, um die Kugelzangen aufs leichteste zu öffnen; selbstverständlich können sie auch in der sonst üblichen Weise leicht geöffnet werden. —

Fig. 1.



Vulva-Spreizer.

Fig. 2.



Vulvovaginal-Spreizer (d. i. dasselbe Instrument wie Fig. 1 unter Hinzufügung der dritten Kugelzange *h* und deren Fixierungsteiles *d*).

Dasselbe Instrument unter Hinzufügung noch einer dritten in jeder gewünschten Lage zu fixierenden Kugelzange dient der automatischen Freilegung und Spannung der Vaginalschleimhaut für vaginale Plastiken bei Prolapsoperationen. Die Anwendung ergibt sich aus der beigefügten Fig. 2: Die drei Kugelzangen *f*, *g*, *h*, sind durch die Konstruktion des Instrumentes leicht in jede notwendige Stellung zueinander zu bringen, teils durch Enger- und Weiterstellen der Griffe *a* und *b* an der Cremaillère *c*, teils durch Höher- oder Tieferschieben des Teiles *d*, welcher durch die Schrauben *e* in jeder Stellung unbeweglich festgestellt werden kann.

Vor Anlegen des Instrumentes werden die Kugelzangen *f* und *g* sowie *h* zunächst ziemlich nahe beieinander gestellt; die

Ecken der Anfrischungsfigur werden nun mit den Kugelzangen gefaßt und dann erst die anzufrischende Schleimhaut durch Nähern der Griffe a und b und Höherschieben und Festschrauben der Stange d gespannt.

Das Instrument wird, nachdem es angelegt ist, nicht gehalten, sondern bringt, wenn man es herabhängen läßt, die Anfrischungsfigur in der gewünschten Spannung der Fläche so vorzüglich zum Vorschein, daß man nur nötig hat, den Lappen anzufrischen und unter Benutzung einer Pinzette abzulösen. Die Naht erfolgt ebenfalls in raschester Weise, wobei die Griffe a und b voneinander allmählich entfernt, d. h. die Kugelzangen f und g einander genähert werden, zugleich muß hierbei die hintere Schraube e gelockert werden.

Wird bei der Operation gespült (mittels feststehenden Spülrohrs), so ist zu der ganzen Operation kein Assistent erforderlich; sonst ist die einzige Hilfe, die zu leisten ist, das Tupfen, wozu auch die ungeübteste Hand genügt, dagegen ist während der ganzen Operation kein einziges Instrument zu halten nötig.

Gerade bei einer Operation, bei der es auf ein länger dauerndes genau symmetrisches Halten der Kugelzangen ankommt, ist die Ausschaltung von Assistentenhänden sehr erwünscht, da leicht Ermüdung eintritt.

Ich glaube nach vielfacher Benutzung des Instrumentes in meiner Klinik sagen zu dürfen, daß dasselbe nicht nur Assistenten ersetzt, sondern daß sich ein Prolaps — infolge der Raumbeengung durch mehrere bei einer Operation beschäftigte Personen — mit Assistenz weniger angenehm und nicht so schnell operieren läßt wie mit dem Instrument ohne Assistenz. —

Aus der Schilderung der Anwendung des dreiteiligen Instruments bei der hinteren Vaginalplastik ergibt sich von selbst der Gebrauch des zweiteiligen Instruments bei der Colporrhaphia anterior.

Das Instrument ist in allen seinen Teilen auseinanderzunehmen und daher leicht zu sterilisieren.

Bei Benutzung des Vulvovaginalspreizers zu Prolapsoperationen macht sich ein Umstand noch besonders angenehm bemerkbar: da Assistenten bei der Operation nicht erforderlich sind, ist das Operationsgebiet für die Zuschauer völlig frei sichtbar, während sonst durch die Rücken der Assistenten fast alles verdeckt wird. Für Universitätskliniken und sonst überall, wo Studenten und Ärzte den Operationen beiwohnen, dürfte daher in dem neuen Instrument ein Hilfsmittel für den Unterricht gegeben sein.

Die Vorteile des Vulva- bzw. Vulvovaginalspreizers bestehen also, kurz zusammengefaßt, in folgendem:

1) Bei Kolporrhaphien und Nähen von Dammrissen usw. ist Assistenz überflüssig; das Instrument ersetzt nicht nur die Assistenz, sondern macht das Operieren bequemer als mit Assistenz.

2) Es eignet sich für Lehrzwecke in Universitätskliniken usw., da z. B. bei Prolapsoperationen die Beobachtung der Operation seitens der Studenten nicht durch davorstehende Assistenten gehindert wird.

3) Bei Kolpotomien, Curettagen, manueller Ausräumung des Uterus usw. werden die Labien dauernd automatisch aus dem Operationsgebiet entfernt gehalten. (Bessere Wahrung der Asepsis, Übersichtlichkeit des Operationsfeldes, Erleichterung der Assistenz.)

4) Das Instrument ist nach kurzer Einübung sehr leicht zu handhaben.

5) Es ist in seine Teile zerlegbar, leicht zu reinigen und zu sterilisieren.

6) Nebenbei ist das Instrument auch für chirurgische Zwecke (Tracheotomien, Operation von Phlegmonen usw.) als absolut sicher sitzende automatische Wundsperre zu verwenden.

Neue Bücher.

1) **H. Sellheim.** Die Physiologie der weiblichen Genitalien, aus W. Nagel's Handbuch der Physiologie des Menschen.

Braunschweig, **Vieweg & Sohn,** 1906.

Verf. beschreibt die periodischen Vorgänge im weiblichen Organismus, zunächst die im Eierstock. Eine Anzahl guter, doch wohl etwas schematischer oder schematisierter Bilder zeigen die Primordialfollikel, das Ei der geschlechtsreifen Frau in allen Phasen bis zum Corpus luteum. Von der Clark'schen Ansicht, daß der »vorsichtige« Rückbildungsprozeß des Corpus luteum den Zweck habe, die gute Zirkulation hintanzuhalten, wird gesagt: es sei das klar ersichtlich. Damit ist einer ziemlich zwecklosen subjektiven Hypothese zu viel Wert beigelegt. Daß bei der Menstruation die Scheide und äußeren Genitalien meistens bläulich verändert seien, ist doch nicht richtig. Ich habe noch keine bläuliche Vulva gesehen, außer bei durchscheinenden Varicen in der Schwangerschaft. Das Verhältnis der Ovulation zur Menstruation wird nach den neueren Ansichten klar und gut zusammengestellt.

In dem Kapitel über Schwangerschaftsveränderungen folgt Verf. den Ansichten der bewährten Forscher Bumm, Strassmann, Peters, Graf Spee, Pfannenstiel, v. Rosthorn, Gönner, Olshausen, Veit. Eigene Ansichten sind dem Charakter des Buches entsprechend weniger vorgebracht. Auch die nächsten Kapitel bringen in praktisch gut verwertbarer Form die modernen Anschauungen über Frucht, Allgemeinbefinden usw.

Betreffs des Grundes der Kopflagen bezweifelt Verf. mit Recht die sog. Gravitationstheorie, und betont mehr die Akkomodationstheorie.

Bei der Darstellung der Geburt ist der Geburtskanal, was sehr zu loben ist, stets in der Lage gezeichnet, in der die Geburt stattfindet. Die alten Hegar'schen Gipsausgüsse sind abgebildet, ebenso Braune's bekannte Gefrierschnitte und Bumm's Darstellung der Nachgeburtsperiode.

Die Schilderung der Geburt beginnt mit den Worten: Die normale Geburt bildet einen physiologischen Vorgang, der nach physikalischen Gesetzen abläuft. Dies ist gleichsam das Programm, nach dem die Geburt bearbeitet ist. Es ist eigentümlich, daß nun schon seit 200 Jahren jeder Forscher, je intensiver er sich in die Lehre des Geburtsmechanismus vertieft, um so unverständlicher wird. Wie vortrefflich — vielleicht das Beste über dies Thema — war die erste Arbeit von Schatz, seine Dissertation, und wie steigerte sich gradatim die Schwierigkeit, Schatz in seinen Arbeiten zu folgen. Schließlich wurde die Darstellung so unklar, daß sie schon heute niemand mehr kennt. Wenn es doch Sellheim fertig brächte, ohne eine ganz neue, komplizierte Nomenklatur seine entschieden wertvollen und in vieler Beziehung richtigen Ansichten der Allgemeinheit der Ärzte in genießbarer Weise zu übermitteln! Ein Versuch ist in diesem Buche gemacht. Aber gerade das Vergraben einer geburtshilflichen Arbeit in ein Lehrbuch der Physiologie wird es fast sicher verhindern, daß dieser so gut und klar geschriebene Aufsatz den Ärzten bekannt wird.

In den schematischen Figuren 64—68 ist meines Erachtens stets der Rücken viel zu lang gezeichnet.

Neu sind besonders die Ansichten des Verf.s über die Stellungsdrehungen — wieder ein neues Wort! d. h. Drehungen um den Höhendurchmesser des Kopfes. S. findet in der in den einzelnen Abschnitten des Fruchtzylinders nach verschiedener Richtung ungleichmäßigen Biegsamkeit den Grund der Stellungsdrehungen; den gleichen Gedanken hatte schon Kaltenbach und Ostermann.

Nun folgen die bekannten Ansichten des Verf.s vom Difficillimum und Facillimum, Zwangshaltung, Haltungsspannungen usw. Das Resultat der ganzen Untersuchung ist: daß 1) die Frucht, um mit der geringsten Reibung durch den Geburtskanal zu gehen, in allen Teilen möglichst Zylindergestalt annimmt, und daß 2) die so entstandene »Fruchtwalze« sich so lange um ihre Längsachs herumdreht, bis die Stellung erreicht ist, in der sie sich am leichtesten im Sinne der Kurve des Geburtskanales verbiegen läßt.

Jedenfalls ist es ein großes Verdienst S.'s in die Lehre vom Geburtsmechanismus die neuen Gesichtspunkte von der Bedeutung der verschiedenen Grade der Biegsamkeit für den Mechanismus partus eingeführt zu haben.

Zu den Bildern auf p. 169 Fig. 72 möchte ich bemerken: warum reproduziert man nicht die so vortrefflichen Beckendurchschnitte von Pirogoff, dessen Atlas ja in den meisten Universitätsbibliotheken vorhanden ist. Ich kenne keine besseren Abbildungen.

Betreffs des Wochenbettes, der Laktation und der senilen In-

volution findet sich eine sehr gute und geschickt zusammengestellte Schilderung der modernen Ansichten. **Fritsch** (Bonn).

---

2) **E. Kaufmann** (Basel). Über metaplastische Vorgänge am Epithel des Uterus, besonders an Polypen.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1906. Nr. 7.)

Verf. untersuchte in Serienschnitten einen Cervixpolypen, dessen Stiel mit Zylinderepithel bekleidet war, während der distale Teil desselben ein mehrschichtiges Plattenepithel trug. Das letztere soll nach Verf. Untersuchungen unter dem stellenweise noch erhaltenen einschichtigen Zylinderepithel — auch dem der Drüsen! — an Ort und Stelle durch Metaplasie entstanden sein und bei weiterem Wachstum das Zylinderepithel verdrängt haben.

Auf Grund dieses Befundes glaubte Verf. nun die sog. »kombinierten« Karzinome des Corpus uteri, in denen Wucherungen sowohl vom Charakter des Plattenepithel, als des Drüsenkrebses vorkommen, darauf zurückführen zu können, daß vor dem »Einsetzen der Krebsnoxe« bereits einige Stellen des Oberflächenepithels eine Metaplasie zu Plattenepithel durchgemacht hatten, und der Karzinomreiz in der Folge diese Stellen zugleich mit den noch von Zylinderepithel bedeckten zur Wucherung brachte. »Das wären dann formell zwei Krebse, tatsächlich aber doch nur ein pleurizentrisch entwickeltes Karzinom, das von dem aus zwei Epithelarten zusammengesetzten Komplex seinen Ausgang nimmt«. **Michel** (Koblenz).

---

3) **E. Kaufmann** (Basel). Beitrag zur Statistik und Kasuistik metastatischer Tumoren, besonders der Karzinommetastasen im Zentralnervensystem.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1906. Nr. 7.)

Auf Grund von 12730 Sektionen des Baseler pathologischen Institutes kommt Verf. zu dem interessanten Resultate, daß weder das Mamma- noch das Lungenkarzinom — wie bisher angenommen wurde — die meisten Hirnmetastasen macht. Relativ am häufigsten fand Verf. bei seinem Material solche beim Chorionepitheliom (100%) und dem Vulva- und Vaginalkarzinom (50%). Das Mammakarzinom hatte in 15%, das Uteruskarzinom in nur 2,3% Hirnmetastasen verursacht. Es disponieren dazu vor allem solche Organkarzinome, die auch relativ häufig Lungenmetastasen zur Folge haben. Lokalisiert sind die metastatischen Tumoren sehr oft in der linken Zentralwindung.

Michel (Koblenz).

---

4) **Björkenheim** (Helsingfors). Zur Kenntnis des Epithels im Uterovaginalkanal des Weibes.

(Anatomischer Anzeiger Bd. XXVIII. 1906. Nr. 17 u. 18.)

Vorläufige Mitteilung über systematische Untersuchungen des Uterovaginalschlauches unter Verwendung einer von Zilliacus an-

gegebenen Methode, die es ermöglicht, schon makroskopisch Zylinder- von Plattenepithel zu unterscheiden. Verf. fand hierdurch auf der Gebärmutterschleimhaut mehrerer jugendlicher Individuen inmitten des gleichmäßig dunkel gefärbten Zylinderepithels gelbliche Flecken, deren nähere histologische Untersuchung das Vorhandensein eines einfachen Plattenepithels mit recht großen, parallel der Oberfläche gerichteten Kernen ergab. Auch ist nach dieser Methode die Grenze zwischen vaginalem und uterinem Epithel sehr deutlich zu sehen. Sie verläuft in der Gegend des äußeren Muttermundes, bei verschiedenen Individuen verschieden hoch, bisweilen scharf, bisweilen mit längeren Zacken und Ausläufern. **Michel** (Koblenz).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

5) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 23. Januar 1906.

Vorsitzender: Chrobak; Schriftführer: Regnier.

I. Administrative Sitzung.

II. Wissenschaftliche Sitzung.

1) Bürger: a. Blasenmole — Luteincysten — Chorioepitheliom.

Bei einer 32jährigen Frau wird nach 3monatiger Amenorrhöe eine Blasenmole geboren. Aufnahme in die Klinik 6 Wochen später wegen neuerlicher Größenzunahme des Abdomens und Blutungen. Die Untersuchung ergibt beiderseitige, ca. kindskopfgroße, cystische Ovarialtumoren, welche mit Rücksicht auf die Anamnese als Luteincysten angesprochen werden.

Eine Ausschabung des Uterus wird absichtlich unterlassen, jedoch bei der Laparotomie nebst den beiderseitigen Cysten der Uterus mitexstirpiert. Die Untersuchung des Präparates rechtfertigt das Vorgehen: In der Uteruswand rechts ein rundes, über die Umgebung prominentes Gebilde, welches nicht bis an die Innenfläche reicht und in seinem Innern zwei größere und mehrere kleinere Blasenmolenzotten einschließt. Die histologische Untersuchung ergibt beginnendes, aber ausgesprochen malignes Chorioepitheliom, während sich die Cysten der Ovarien als typische Luteincysten erweisen.

Die Provenienz dieser letzteren führt Bürger ebenso wie Seitz und Wallert nicht auf das Corpus luteum, sondern auf vermehrte Proliferation atresierender Follikel und luteinale Umwandlung der Zellen zurück, weshalb auch der von Seitz vorgeschlagene Name: »Follikelluteincysten« beizubehalten wäre. Diese Cystenbildung kann nicht ätiologisch für die Entstehung einer Blasenmole verantwortlich gemacht werden; es kommt im Gegenteil infolge der weitgreifenden Zirkulationsstörungen bei Blasenmole zur ödematösen Durchtränkung des Ovarialgewebes, Proliferation der Luteinzellen und Cystenbildung.

Für die Prognose des Falles dürfte die Unterlassung einer Ausschabung des Uterus als günstiges Moment aufzufassen sein, da die mikroskopisch nachweisbare enorme Proliferationstendenz der Tumorzellen im Bereiche des Gebildes in der Uteruswand den Gedanken naherückt, daß durch ein derartiges grob mechanisches Verfahren und die damit verbundene Eröffnung von Gefäßen die Aussicht auf eine Dauerheilung illusorisch gemacht würde. Es soll daher in derartigen Fällen stets von einer Auskratzung Abstand genommen und sofort ein radikales Vorgehen eingeschlagen werden. — (Erscheint ausführlich.)

b. Placenta accreta durch Uterusexstirpation geheilt.

37jährige VIIIpara, bei der schon nach der siebenten Geburt eine manuelle Placentalösung hatte gemacht werden müssen. Die Frau wird im Zustande höchstgradiger Anämie, nachdem schon außerhalb der Klinik von zwei Ärzten vergebliche

Versuche zur Lösung der Placenta und Stillung der Blutung gemacht worden waren, eingebracht. Aus der Vagina die Nabelschnur hängend, der Jodoformgazetampon durchblutet. Sensorium benommen, Unruhe, Durstgefühl, Radialpuls kaum fühlbar. In leichter Schleich'scher Narkose wird mit der Hand eingegangen, das Fehlen jeglicher Verletzung konstatiert und der Versuch gemacht, die teilweise zerwühlte Placenta zu lösen, was jedoch nicht gelingt. Wegen der unmittelbaren Gefahr des Verblutungstodes entschließt sich B. zur vaginalen Uterusexstirpation, welche, mit Ligaturen durchgeführt, in 11 Minuten vollendet ist. Kochsalzinfusionen, Exzitantien. Die Frau erholt sich, macht eine glatte Rekonvaleszenz durch und wird am 16. Tage geheilt entlassen. Die Untersuchung des samt der Placenta gehärteten Uterus ergibt eine wahre Durchwachsung der Muskelwand durch Placentarzotten, so daß erstere an manchen Stellen auf einen Dickendurchmesser von 2 mm reduziert ist. Man sieht keine von Decidua spongiosa gebildete Zwischenschicht zwischen Chorionzotten und Muskulatur, sondern beide Gewebsanteile zackig ineinander greifen. Die mikroskopische Untersuchung ergibt entsprechende Bilder: Völliges Fehlen der Decidua spongiosa und an vielen Stellen auch der Decidua compacta, die innersten Muskelschichten hyalin degeneriert; der Zottenbaum bis dicht an die Muskulatur hinanreichend und an manchen Stellen in dieselbe hineinwachsend.

Auch dieser Fall entspricht der Auffassung, daß es durch exzessives Wachstum der fötalen Elemente zur schlechten Ausbildung resp. Zugrundegehen der Decidua gekommen ist, woraus eine so innige Haftung der Zotten an der Muskulatur resultierte, daß eine Lösung im gewöhnlichen Sinn unmöglich war und die Frau ohne die als letztes Rettungsmittel vorgenommene Uterusexstirpation höchstwahrscheinlich durch Verblutung zugrunde gegangen wäre. Daß in einem solchen Falle fortgesetzte und forcierte Lösungsversuche nur noch größeres Unheil hätten anrichten können, erhellt aus der Besichtigung jener Stellen der Uteruswand, an welchen die Muskulatur auf ein Minimum reduziert ist und so die leichteste Gelegenheit zu einer Perforation abgegeben hätte.

Das in diesem Falle durchgeführte technisch relativ einfache operative Vorgehen muß auch für künftige Fälle empfohlen werden. (Erscheint ausführlich.)

Diskussion. Neumann: Ich bemerke zur zweiten Demonstration, daß ich aus der Klinik Schauta einen Fall von eingewachsener Blasenmole beschrieben habe, und zwar ist es, wie ich glaube, Fall 2 meiner Arbeit. Dieser Fall wurde auch operativ behandelt, und zwar wegen sehr starker Blutung in der Nachgeburtsperiode. Leider starb aber die Frau am 5. Tage. In dem Sinne, daß sein Fall der erste operativ behandelte sei, hat also Bürger nicht ganz recht, wohl aber in dem Sinne, daß es die erste Frau ist, welche durch die Operation geheilt wurde.

Lindner: Ich habe vor 2 Jahren bei einem Falle von Placenta accreta, welche tief im Muskel saß und wo bei der Lösung durch die manuelle Palpation nachgewiesen werden konnte, daß die oberflächliche Schicht des Muskels sehr dünn war, den Porro gemacht. Die Frau war sehr herabgekommen, wurde aber doch gerettet. Die Operation war dringend indiziert, und das Präparat hat gezeigt, daß die Muskulatur fast bis ans Peritoneum durchwachsen war. In diesem Falle hat es sich also auch um eine wirkliche Placenta accreta gehandelt.

2) Lewith (als Gast): Demonstration zur palliativen Operation der Pyosalpinx.

Ich erlaube mir hier aus der Abteilung des Herrn Primarius Fleischmann folgenden Fall zu demonstrieren.

Es handelt sich um eine 28jährige Pat., die am 11. Januar 1905 in unsere Abteilung aufgenommen wurde. Anamnestisch ist bemerkenswert, daß die Pat. vor 8 Jahren monatelang wegen Endometritis und entzündlicher Adnexe konservativ behandelt wurde. Nach einigen Jahren wurde bei ihr wegen derselben Beschwerden die Heißlufttherapie angewendet. Später bekam sie Fieber, dann auch Eiterentleerungen durch den Mastdarm, weshalb sie bettlägerig wurde. Pat. war nie gravid.

Gynäkologisch fand man den Uterus dextro- und anteponiert. Das hintere Scheidengewölbe nach links hinten vorgewölbt durch einen gut kindskopfgroßen

Tumor, der von unten nach oben ein wenig verschiebbar war und mit der linken Uteruskante, sowie hinteren Uterusfläche in inniger Verbindung stand. Rechts in der Beckenbucht ein etwa taubeneigroßer fixierter Tumor.

Am 6. Februar wurde die vaginale Inzision der linksseitigen Pyosalpinx ausgeführt, worauf sich grünlichgelber, sehr übelriechender Eiter entleerte.

Nach ca. 2 Monaten wurde die Pat. gebessert entlassen, sie kam jedoch nach $4^1/_2$ Monaten wieder zur Aufnahme, da sie wegen des reichlichen Abganges übelriechenden Eiters sowie zeitweise auftretenden hohen Fiebers arbeitsunfähig wurde. Pat. fühlte sich sehr schwach. Es bestand ein Lungenspitzenkatarrh sowie Fungus des linken Ellbogengelenkes.

Gynäkologisch fand man fast denselben Befund wie bei der ersten Aufnahme. Proktoskopisch war dicht oberhalb der Plica retroromana etwas nach links hinten die von Granulationen umgebene Perforationsöffnung sichtbar.

Mit Rücksicht auf das hohe Fieber, auf die profuse Eiterung, immer zunehmende Schwäche, sowie Verfall der Pat. wird ein operativer Eingriff beschlossen, und Herr Primarius hat am 20. September folgende Operation in Schleich's Narkose ausgeführt:

Mediane Laparotomie von der Symphyse bis drei Querfinger unter dem Nabel. In der unteren Hälfte der Wunde erscheint links der überfaustgroße Pyosalpinx nach oben hin mit dem Darm, nach vorn mit dem Ligamentum latum und Uterus innig verwachsen. Die obere Hälfte der Bauchwunde wird dreireihig geschlossen, in der unteren Hälfte das Peritoneum parietale auf die vordere Fläche der Pyosalpinx angenäht. Die Punktion derselben ergibt dicken grüngelben Eiter. Ausgiebige Inzision der Sackwand, worauf sich reichlich dickflüssiger, zum Schluß krümliger Eiter entleert. Die den Sack auskleidende, dicke pyogenetische Membran wird teils mit dem Finger, teils mit gestielten Tupfern und dem scharfen Löffel vorsichtig entfernt, dann der Boden der Pyosalpinx gegen die Scheidenfistel zu durchstoßen. Nach unten zu wird mit einem Katheter drainiert, von oben der Sack mit Ferropyringaze tamponiert.

Die Nachbehandlung bestand in Durchspülung der Wunde mit 2%igem Wasserstoffsuperoxyd.

Nach 3 Wochen sistierte die Sekretion der Wunde vollkommen, die Bauchwunde war bis auf eine kleine granulierend Stelle geheilt.

Am 23. Oktober fand man bei der Entlassung der Pat. an Stelle der linken Pyosalpinx eine etwa überpflaumengroße, derbe Resistenz.

Jetzt findet man den Uterus in Anteversio-flexio ziemlich gut mobil, links verläuft an der Hinterfläche und der seitlichen Kante des Uterus ein daumendicker Strang, der oberhalb der Spina ischii links inseriert. Rechts tastet man die leicht verdickten Adnexe angelötet an einer quer verlaufenden perimetritischen Narbe. Die Fistelöffnung in der Scheide ist geschlossen. Rechts von der Bauchnarbe besteht eine für zwei Finger durchgängige Bauchdeckenhernie. Pat. fühlt sich jetzt sehr wohl, hat keine Schmerzen, keinen Ausfluß, und hat an Körpergewicht bedeutend zugenommen.

In diesem Falle zwangen der fortschreitende Kräfteverfall, das zehrende Fieber, die profuse Eiterung und die eventuelle Gefahr der Amyloidose zu einem operativen Eingriff. Dieser mußte aber mit Rücksicht auf die angesichts des Fiebers anzunehmende Virulenz des Eiters schonend und wenig eingreifend sein, weshalb wir von der Radikaloperation Abstand genommen haben; dieselbe wäre auch wegen der hohen Lage der Pyosalpinx, die vielfachen Adhäsionen und Narben per vaginam schwer ausführbar, per laparotomiam jedoch wegen des hoch virulenten Eiters kontraindiziert gewesen. Es wurde deshalb die Inzision von oben und die Ablösung der Membrana pyogenetica vorgenommen. Speziell auf die exakte, möglichst ausgiebige Entfernung dieser Membran ist zu achten, denn nur dadurch konnten wir die profuse Eitersekretion zum Stillstand bringen. Noch vorsichtiger wäre die zweizeitige Operation, und zwar in der ersten Sitzung Naht des Peritoneums parietale an die Wand der Pyosalpinx und erst nach Verlötung des Peritoneums parietale mit der Pyosalpinx in zweiter Sitzung die Eröffnung derselben und Entfernung der kranken

Schleimhaut gewesen. Die Modifikation bietet sichereren Abschluß der Bauchhöhle gegen eine Infektion bei der Entleerung des Eiters.

Diskussion. Fleischmann: Ich habe Herrn Dr. Lewith veranlaßt, diesen Fall hier vorzustellen aus zwei Gründen:

1) Um auf die mir nur aus privaten Mitteilungen der Herren Chrobak und Gersuny bekannte, palliativ operative Methode der Behandlung komplizierter Pyosalpingen aufmerksam zu machen.

Die Inzision des hochsitzenden Tubensackes von oben nach vorheriger Annähung an die Parietalserosa, die möglichst vollständige Entfernung der pyogenen Membran, Drainage nach oben und gegen die Scheide haben sich in diesem verzweifelten Falle (Pyosalpinx mit Durchbruch gegen Darm und Scheide, profuse Eiterung, hohem, mit Schüttelfrösten einhergehendem Fieber) bestens bewährt.

2) Um eine Diskussion über die Behandlung der Tubeneiterungen anzuregen. Während man vor 15—10 Jahren gegen die chronisch-entzündlichen Adnexschwellungen mit schonungsloser Energie vorging und sehr oft auch nur mäßig erkrankte Adnexe mit Stumpf und Uterus ausrottete, ist man in den letzten Jahren dem entgegengesetzten Extrem verfallen und behandelt vielfach chronische Tubeneiterungen monate- und jahrelang mit verschiedenen sogenannten konservativen Mitteln, insbesondere der Heißluftbehandlung. Es schwinden ja unter derselben oft überraschend schnell die den Tubentumor umgebenden Infiltrate, die Kranken erholen sich auch bei Bettruhe, roborierender Kost und den verschiedenen palliativen Maßnahmen zusehends, sobald sie aber wieder ihre Arbeit aufzunehmen gezwungen sind, kehren die alten Beschwerden wieder, und Heilung erfolgt erst nach Beseitigung des Eiterherdes.

Bürger: Auch in unserer Klinik wird jetzt, ebenso wie früher, bei großen Eitersäcken der Adnexe, wenn sie mit hohem Fieber einhergehen, die Inzision gemacht, und zwar nicht nur vaginal, sondern auch per abdomen. Trotzdem muß man daran festhalten — und ich und Mandl haben dies in unserer Archivarbeit des näheren auseinandergesetzt, daß die Inzision nur eine Operation der Not ist, welche uns nur über den Moment der Gefahr hinüberführt, jedoch in den meisten Fällen nicht geeignet ist, eine dauernde Heilung zu schaffen. Wir halten daran fest, daß große eitrige Ansammlungen in den Adnexen die Indikation zur Operation abgeben, und zwar zur radikalen Operation. Allerdings müssen wir streng auseinanderhalten die Fälle von chronisch-entzündlichen Veränderungen in den Adnexen und jene, in welchen größere Eiteransammlungen vorliegen. Erstere werden bei den konservativen Methoden gute Resultate geben und sich eventuell zur Norm zurückbilden können, dagegen werden aber eiterhaltige Tumoren der Adnexe, die stets von neuem Anlaß geben können zur Auswanderung der Eitererreger und immer wieder auftretenden Nachschüben, nie spontan sich zurückbilden, und geben daher stets eine Indikation zur Radikaloperation.

Schauta: Die Operation, wie sie hier in der Abteilung Fleischmann's gemacht wurde, entspricht den Grundsätzen, wie ich sie seit 20 Jahren vertrete. Ich habe vor 20 Jahren nicht anders operiert als Fleischmann jetzt. Ich habe niemals bei fiebernden Adnextumoren die Radikaloperation vorgenommen, sondern habe immer, wenn es technisch möglich war, die palliative Inzision ausgeführt. Natürlich werde ich immer, wenn es möglich ist, den vaginalen Weg vorziehen. Sitzt aber der Tumor höher, und ist er von den Bauchdecken leichter zugänglich, so wird die Operation von oben gemacht, und zwar so, daß bei virulentem Eiter das Peritoneum über der Oberfläche des Tumors angenäht wird. Ist die Operation dringend, so wird gleich inzidiert, wenn nicht, so erst nach 5—6 Tagen. Die Höhle wird dann ausgewischt, trocken gelegt, wobei die pyogene Membran, wenn eine solche vorhanden ist, (was ja nur bei den eigentlichen Abszessen, nicht aber bei Pyosalpinx der Fall ist), mitgeht, dann drainiert. Ich habe über die hier geschilderte Technik der Operation seinerzeit auf dem Breslauer Kongreß referiert. Daß die Inzision in vielen Fällen nur eine Palliativoperation ist, ist wohl richtig, aber es gibt auch Fälle, wo solche Inzisionen eine Radikalheilung nach sich ziehen. Die Differentialdiagnose zwischen para- und perimetrischen Abszessen einerseits und

Saktosalpinx andererseits ist nicht so einfach. Wenn man aber z. B. vaginal inzidiert und das Glück hat, einen parametritischen Abszeß zu eröffnen, so ist dies zugleich eine Radikaloperation. Inzidiert man aber auf diese Weise eine Pyosalpinx, so wird nach einiger Zeit entweder wieder dieselbe Seite, oder die andere erkranken. In solchen Fällen ist natürlich nur die Radikaloperation angezeigt. Und wenn die Frau nicht gerade fiebert, so ist meiner Ansicht nach in diesen Fällen, wenn die Adnexe der beiden Seiten krank sind und eine schwere Funktionsstörung vorliegt, auch die Radikaloperation indiziert. Aber solche Fälle kommen heutzutage sehr selten vor. Ich weiß nicht, wo diese Fälle hingeraten sind! Früher hat man sie öfters gesehen, heute dagegen kommt man weniger in die Lage, sie zu sehen. Im großen und ganzen haben sich meine Anschauungen nicht wesentlich geändert, ich bin nur etwas konservativer geworden, wie es eben bei jedem das Alter mit sich bringt. Es gibt hier überhaupt keine Regel. Man kann nicht sagen, hier muß operiert, hier konservativ behandelt werden. Individualisieren muß man. Jeder Fall ist anders, und auch die Individuen sind verschieden. In der Privatpraxis wird seltener, in der Spitalspraxis häufiger operiert. Die Frauen, welche in die Privatpraxis kommen, können sich besser schonen, legen sich ins Bett und besuchen jährlich ein oder das andere Bad. Anders ist es mit den Frauen, die arbeiten müssen! Mit diesen ist es eine ganz andere Sache, und für diese tritt die Indikation zur Radikaloperation viel früher ein. Das Individualisieren ist hier enorm wichtig. Darauf ist das Hauptgewicht zu legen. Mit Regeln kann man hier nichts anfangen. Es gibt Leute, die da sagen: »Ich operiere nie!« Diese Herren schießen über das Ziel hinaus. Dieser Grundsatz ist ebenso falsch, wie wenn jemand sagen würde: »Ich operiere jeden Adnextumor radikal.« Jeder Fall hat seine Besonderheiten; es gehört Erfahrung und Takt dazu, im gegebenen Falle das Richtige zu finden. Wenn jemand heute auch große Eitersäcke konservativ behandeln will, so widerspricht dies direkt der chirurgischen Anschauung: »ubi pus, ibi evacua«. Ist es möglich von oben zu operieren, so operiert man von oben, wenn nicht, von unten. Wir haben erst in jünster Zeit eine Frau mit multiplen Abszessen per vaginam dreimal inzidiert, dann hat sich eine Salpingitis entwickelt, und schließlich mußte alles per laparotomiam entfernt werden. Daß man Ovarialeitersäcke nicht sich selbst überlassen soll, zeigen die Fälle von Peritonitis, welche bei denselben eingetreten ist und die publiziert wurden, so von Döderlein, Veit, Zweifel. Auch Bröse und Martin haben solche Fälle veröffentlicht; in der italienischen Literatur Muscatello, in der englischen Frank — lauter Fälle, die letal endigten und bei denen allgemeine Peritonitis mit fulminanten Symptomen, selbst nach Platzen von gonorrhoischen Adnextumoren, aufgetreten ist. Auch ich habe solche Fälle beschrieben. Wenn einer heute auch in solchen Fällen unbedingt konservativ behandeln wollte, so würde er wohl in ein falsches Fahrwasser geraten und über das Ziel hinausschießen. Ich bin überzeugt, daß die Adnexoperationen nicht vollständig von der Tagesordnung verschwinden werden. Wenn man sich aber bei den gonorrhoischen Tumoren gezwungen sieht, zu operieren, da diese meist beiderseitig sind und auch der Uterus schwer miterkrankt ist, und außerdem eine schwere Funktionsstörung besteht, konservative Mittel entsprechend lange Zeit ohne Erfolg gebraucht worden sind, dann soll man radikal operieren. Ich stehe auf dem Standpunkt, entweder gar nicht zu operieren, oder wenn man schon operiert, so lieber radikal zu operieren. Es vergeht keine Woche, wo bei mir in der Klinik oder in der Sprechstunde sich eine Frau vorstellt, die auf einer Seite operiert wurde, und die nun klagt, daß sie auf der anderen Seite wieder Schmerzen habe und dann sagt: »Mir wäre es lieber gewesen, wenn beide Seiten operiert worden wären«.

Chrobak: Ich möchte zuerst Fleischmann insofern widersprechen, als die Behandlungsmethode, die er hier eingeschlagen, sich von der einfachen Inzision unterscheidet. Wo ich diese Methode mitgeteilt habe, weiß ich im Augenblick nicht, ich habe sie entweder in den klinischen oder in den Berichten des Breslauer Kongresses publiziert. Ich war damals einer der wenigen, welche verhältnismäßig gute Resultate über die sogenannten Kommunikationsfälle berichten

konnten. Damals wurde über die Adnexoperationen gesprochen, und es hat die operative Therapie dieser Kommunikationsfälle schauderhafte Resultate ergeben. Ich hatte damals sieben Fälle operiert, von denen sechs mit dem Leben davonkamen — für die damalige Zeit ein günstiges Resultat. Was den Fall Lewith betrifft, so kenne ich diesen Fall und muß sagen, es sei einer der schlechtesten, die ich je gesehen; von unten war er nicht anzugehen, und es blieb daher nichts anderes übrig als der Weg von oben. Ich habe nun eine Reihe von Fälle operiert, darunter war auch einer, bei dem ein hervorragender Chirurg den Bauch eröffnete und ihn gleich wieder zunähte, einige Monate später mußte ich die Operation vornehmen, die Frau wurde wieder gesund und hat sogar nachträglich mehrmals konzipiert.

In solchen ganz schwierigen Fällen bin ich stets so vorgegangen, daß ich nicht sofort den Tumor inzidierte, sondern ich entleerte mit einer Pravaz'schen Spritze den Tumor langsam, nachdem ich vorher die Umgebung desselben sorgsam geschützt hatte; entleerte sich nichts mehr, so spülte ich die Höhle vorsichtig und langsam aus. Dann erst wagte ich die Punktionsöffnung zu erweitern; ich machte eine Inzision, und erst wenn die Höhle gut zugängig war, entfernte ich — und darauf ist das Hauptgewicht zu legen — die pyogene Membran. Es ist nun ein großer Unterschied, ob man diese Membran auf diese Weise entfernt, oder ob man dieselbe nur wegzuwischen bzw. zu rücken trachtet. Mir ist es fast stets gelungen, sie als geschlossenen Sack herauszubringen. Der Verlauf nach einer solchen Operation ist meist ein idealer, und in relativ kurzer Zeit tritt Heilung ein, was nicht der Fall ist, wenn man nur die Inzision macht.

Daß ich den Tumor vorher durch die Pravaz'sche Spritze entleere, hat seinen Grund darin, daß ich den entleerten Sack, dessen Wandungen nun beweglicher werden, leichter annähen kann, als wenn der Tumor prall gespannt ist. Auch entfällt dabei die Gefahr, daß Eiter in die freie Bauchhöhle gelangt. Das ist die Operation, die ich wiederholt ausgeführt habe, und zwar ausnahmslos mit gutem Erfolge.

Auf das, was Schauta gesagt, möchte ich folgendes antworten: Es ist richtig, daß bei der Gonorrhöe die Erkrankung oft beiderseitig ist, und daß man oft Mißerfolge erlebt, wenn man nur die Adnexe der einen Seite entfernt, die der anderen Seite aber beläßt. Dem muß ich aber entgegenhalten, daß ich eine Reihe von Fällen kenne, in denen nach Entfernung der gonorrhoischen Adnexe der einen Seite später Konzeption eingetreten ist, und wenn auch unter 50 Fällen nur ein einziges Mal Konzeption eintrat, so ist das für mich ein genügender Grund, die typische ausnahmslose Exstirpation der gesunden Annexe bei Gegenwart von Gonorrhöe der anderen Seite abzulehnen.

Fleischmann: Ich wollte nur nochmals darauf hinweisen, daß die Inzision und Drainage einerseits, die Inzision, intendierte möglichst vollständige Beseitigung der pyogenen Membran andererseits nicht identische Verfahren sind, sondern daß ich gerade auf diesen letzteren Operationsakt das Hauptgewicht lege. Auch ich habe, wie Herr Chrobak ausgeführt hat, den Inhalt der Pyosalpinx vor deren Eröffnung mittels Pravaz'scher Spritze entleert.

Schauta: Diese Punktion mit einem feinen Trokar und die Aspiration mit der Pravaz'schen Spritze ist zweifellos eine gute Methode, wenn sie gelingt. Wenn man aber einen prall gespannten Eitersack vor sich hat und selbst unter der größten Vorsicht punktiert, so wird unter 10mal 9mal doch infolge der großen Spannung der Eiter zwischen Trokart und Inzisionsöffnung ausfließen können und das Operationsterrain überschwemmen. Wenn auch durch Kompressen alles geschützt ist, so läßt sich das Operationsterrain doch nicht ganz frei halten, und wenn der Eiter pathogen ist, so ist nachträglich jede Asepsis ausgeschlossen. Für einzelne Fälle mag diese Methode wohl gut sein, aber verallgemeinern läßt sie sich nicht, da sie zu oft im Stiche läßt. Deshalb erscheint mir die Methode der Vernähung des Peritoneums mit dem Sacke um so besser, als sie auch sicherer ist. Liegt der Sack nicht im Niveau des Peritoneums, so kann man dieses mobilisieren, so daß man es bis in die Tiefe des Sackes hineinbringen kann und ein vollständiger Abschluß

erreicht wird. Das scheint mir viel sicherer zu sein, aber ich will zugeben, daß es in einzelnen Fällen gelingt, wenn man so wie Chrobak vorgeht.

Was die Gonorrhöe betrifft, so ist es richtig, daß, wenn man einseitig operiert und auf der anderen Seite unbedeutende Veränderungen vorhanden sind, diese Frauen genesen und ausnahmsweise auch konzipieren können. Wenn man aber diesen Fällen von Konzeption — sie sind gewiß spärlich — jene große Menge von Fällen entgegenhält, welche durch die einseitige Operation nicht radikal geheilt werden und welche nachträglich noch große Beschwerden haben, und die man dann einer zweiten Operation unterziehen muß, so erscheinen diese wenigen nachträglichen Konzeptionen mehr als aufgewogen, und ich möchte nicht, wenn sich unter 50 Fällen eine einzige Konzeption vorfindet, deshalb so viele Fälle der Rezidive aussetzen.

Ich habe, als ich noch in Prag war, vor den Franzensbader Ärzten einen Vortrag gehalten; damals kam das Uteruskarzinom in Schwung, und es wurde der Grundsatz aufgestellt, es müsse bei Carzinoma uteri immer der Uterus entfernt werden. Und da ist mir ein Badearzt entgegengetreten, der da sagte: »Ich bin damit nicht einverstanden; ich habe eine Portioamputation wegen Carzinoma uteri gesehen und die Frau hat nachträglich konzipiert und sogar ausgetragen.« Hier haben sie also einen Fall, wo eine Frau nach Portiokarzinomamputation konzipiert hat, und heute werden sie keinen finden, der ein Cervixkarzinom anders als mit Totalexstirpation behandeln würde.

Ähnlich ist es mit der Gonorrhöe mit Eitersäcken. Es fällt mir nicht ein, die Radikaloperation anzuwenden, wenn auf einer Seite die Adnexe nicht oder ein wenig verändert sind. Wenn aber beide Adnexe verändert sind, dann werden Sie kaum je eine Konzeption erleben.

Chrobak: Was die Gefahr des Platzens der Wände der Eitersäcke anlangt, so erscheint mir dieselbe bei zartem Vorgehen sehr gering, denn wenn man mit der Pravaz'schen Spritze in einen prallen Eitersack hineinsticht und auch nur 1—2 Spritzen Eiter entleert, so nimmt die Spannung der Wand sehr rasch ab. Was die andere Bemerkung Schauta's anlangt, so ist es wohl selbstverständlich, daß eine Analogie zwischen Gonorrhöe und Karzinom doch nicht zulässig ist. Findet man beiderseits schwer erkrankte Adnexe, so wird man gewiß beide entfernen.

Fischer: In jüngster Zeit ist von Henkel bei eitrigen Tubentumoren die Punktion als typisches Verfahren empfohlen worden, um Raum zu schaffen, ferner um bei einem eventuellen Platzen der Tuben eine gröbere Beschmutzung zu vermeiden. Es wurde vergessen, daß es zwei Gründe waren, welche zu diesem Umschwunge in der operativen Behandlung der chronisch-entzündlichen Adnextumoren geführt haben: 1) die hohe Mortalität bei der Radikaloperation (4% bei der vaginalen, 10—20% bei der abdominalen Operation).

2) Die schlechten Spätresultate. Es ist keine Frage, daß bei einer großen Zahl der radikal Operierten die Resultate dem Ideale nicht entsprechen und trotz der Radikaloperation noch eine Menge anatomischer Veränderungen zu finden ist.

Schauta: Ich habe ja die Sache ganz durchgemacht, ab ovo, und bin von der partiellen zur Radikaloperation übergegangen, und habe alles dies publiziert. Es ist richtig, daß bei der partiellen Operation die Dauerresultate sehr schlechte sind, bei der abdominellen nicht gute, abgesehen von der hohen Mortalität. Bei der vaginalen Operation dagegen sind sie sehr gute. Wir haben nur 4% Mortalität und 85% Dauerresultate, wo die Frauen schmerz- und beschwerdefrei sind. Diese Resultate sind doch nicht schlechte zu nennen.

Neueste Literatur.

6) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXIV. Hft. 1.

1) M. Cigheri (Florenz). Die Lymphdrüsen bei der Ausbreitung des Uteruskarzinoms. (Anfang.)

Das Referat erfolgt erst mit dem Schluß des Originales.

2) A. Vaccari (Turin). Die außergewöhnlich schweren Früchte vom Standpunkte der Geburtshilfe mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehung zur Weite des mütterlichen Beckens und zur Dauer der Schwangerschaft.

Besonders große Früchte haben als Vorbedingung eine Frau, die der Statur, dem Gewichte, der Beckenweite nach die mittlere allgemeine Norm übertrifft. Für wichtige konkurrierende Ursachen, die bei der Erzeugung einer bedeutenden Fruchtentwicklung mitspielen, haben zu gelten: 1) die Pluriparität — besonders wenn sie einen gewissen Grad erreicht hat; 2) die Profession der Mutter; 3) ihre gesunde und kräftige Konstitution; 4) die längere Dauer der Schwangerschaft und 5) die Erblichkeit im allgemeinen, im besonderen die erbliche und individuelle Tendenz zu multiplen Geburten. Einen geringeren Einfluß üben aus: 1) der Gesundheitszustand während der Schwangerschaft, insofern als häufig auch trotz Auftreten nicht gefährlicher Krankheitserscheinungen das Produkt der Empfängnis eine mehr als normale Entwicklung aufweisen kann; 2) die intra-uterine Puerikultur; 3) das Geschlecht der Frucht. Für ätiologische Ursachen können nicht angesehen werden: 1) das Alter der Mutter; 2) die Zeit des Auftretens der ersten Menstruation; 3) vorgeschrittene Krankheiten, wenn diese nicht einen andauernden Krankheitszustand bewirken. Da sich bei den außergewöhnlich entwickelten Früchten nicht alle jene Beziehungen verhindern lassen (zwischen Gewicht und Häufigkeit der aufgetretenen Schwangerschaft, zwischen Gewicht der Frucht und der Adnexe usw.), die bei normalen Früchten konstant nachgewiesen werden, so müßten erstere für sich allein und nicht mit den anderen zusammen betrachtet werden. Bei diesen abnorm entwickelten Früchten beobachtet man doch wohl ein häufigeres Vorkommen der operativen Eingriffe, die im allgemeinen mehr der in der Dilatationsperiode auftretenden Kontraktionsschwäche des Uterus zugeschrieben werden müssen, als dem Widerstande, der der außergewöhnlich entwickelten Frucht durch die Dimensionen des Beckens geschaffen wird. Aus demselben Grunde finden in diesen Fällen in der Nachgeburtszeit leichter Blutungen statt. Die Prognose ist für die Mutter innerhalb der in Betracht gezogenen Früchte günstig; nicht besonders beeinträchtigt ist die Prognose für die Frucht.

3) Schabort (Durbanville, Kapland). Beiträge zur Kenntnis der Darmstörungen der Säuglinge und der Säuglingssterblichkeit.

Bei der Untersuchung von 20 Brustkindern vom 2.—5. Lebenstage fand Verf. sehr häufig, daß entweder bei derselben Entleerung die in verschiedenen Nuancen gelb gefärbten Kotmassen von grün gefärbten gefolgt waren und umgekehrt, oder daß die aufeinander folgenden Tagesstühle einmal fast die normale Farbe zeigten, dann wieder die grüne. Kurz, es fanden sich ohne Ausnahme bei den Neugeborenen zwischen dem 3.—5. Lebenstage Stühle, die man als dyspeptische bezeichnen kann. Der Übergang zum normalen Stuhl erfolgte in den einzelnen Fällen zeitlich sehr verschieden. Auf Grund bakteriologischer Untersuchungen fand Verf., daß der Inhalt des Rektums unmittelbar nach der Geburt stets steril ist. Die Zeit der ersten Infektion schwankt unabhängig von der Nahrung zwischen 10—20 und mehr Stunden nach der Geburt. Dann tritt die charakteristische Mekoniumflora auf. Mit dem Auftreten des Milchstuhles hat man es mit einer neuen Flora zu tun. Hier finden sich regelmäßig der Bacillus acidophilus und das Bakterium coli. $2^1/_2$—4 Tage nach der Geburt gesellen sich hierzu ohne Ausnahme Diplo- und Staphylokokken, von denen Verf. glaubt, daß sie dieselbe Kokkenart sind. Das Erscheinen derselben hält immer mit Verdauungsstörungen gleichen Schritt. Auf der Höhe der intestinalen Symptome beherrschen die Kokken das Feld. Je nach der Schwere der klinischen Symptome ist auch die Menge der Kokken verschieden. Die Staphylokokken sind eine ganz auffällige Begleiterscheinung der dyspeptischen Darmstörung bei den Neugeborenen. Die klinischen Symptome der Infektion sind individuell außerordentlich verschieden und unzweifelhaft abhängig vom Kräftezustande des Säuglings, wie auch von der Quantität und Virulenz der eingewanderten Staphylokokken. Die Frage, ob einerseits die Darmkatarrhe, die in der Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr eine so bedeutende Rolle spielen, nicht

frische Exazerbationen einer chronischen Darmerkrankung sind, die in den ersten Lebenstagen ihren Anfang nahm und bei jedem neuen Reize schwere, scheinbar akute Formen annehmen; oder ob andererseits diese Katarrhe nicht dem kindlichen Organismus einen großen Teil seiner Schutzkräfte nehmen und ihn unfähig machen, späteren Bakterieninfektionen im 1. Lebensjahre zu widerstehen; diese Frage will Verf. unbeantwortet lassen; beides scheint möglich zu sein. Verf. glaubt, daß zwischen dem Icterus neonatorum und den eben besprochenen Darmaffektionen der ersten Lebenstage ein kausaler Zusammenhang besteht.

4) F. Frank (Köln). Beitrag zur Pubeotomiefrage.

Verf. berichtet zuerst über fünf Fälle von Pubeotomie. Er verwirft unter allen Umständen spitze Nadeln zur Führung der Gigli'schen Drahtsäge, sondern empfiehlt eine von ihm angegebene stumpfe Drahtsägenzange, da die Scheide und Blase von spitzen Instrumenten auf Grund seiner Erfahrungen verletzt werden kann. Im Anschluß an einen Fall empfiehlt Verf. die Drainage des Darmes, um bedenkliche Zirkulationsstörungen des Darminhaltes infolge Parese der Darmmuskulatur zu beseitigen. Ein Hämatom ist bei der Durchführung der Nadel um den Schambeinknochen meist nicht zu vermeiden. Es ist daher empfehlenswerter, die Blutung exakt zu stillen und, um das Umführen der Säge zu vermeiden, den Knochen von vorn nach hinten durchzutrennen. Verf. möchte die Pubeotomie nicht dem praktischen Arzte empfehlen; er glaubt, daß selbst der Kaiserschnitt, in der Privatpraxis ausgeführt, bessere Resultate gibt. Denn abgesehen von tiefen Scheiden-Damminzisionen sind unter Umständen tiefe Cervixinzisionen, vaginaler Kaiserschnitt, Metreuryse als Vorbereitung für die Pubeotomie nötig. In bezug auf die Technik der Operation hält Verf. es für wichtig, daß das Instrument nicht in der von Varicen durchsetzten großen Schamlippe ausgestoßen wird. Die Nadel muß direkt unter dem Knochen und außerhalb der großen Schamlippe herauskommen. Letztere muß also vom Knochen ab nach der Scheide hingedrängt werden. Verf. tritt dafür ein, das Periost vom Knochen abzuheben und unter diesem das Instrument durchzuführen. Des Durchtrennen des Knochens allein genügt nicht, es muß auch die Umgebung desselben mit durchtrennt werden. Die Durchtrennung des Knochens muß zwischen Symphyse und Foramen obturatorium geschehen, und zwar am besten in der Richtung vom Tuberculum pubicum schräg nach ab- und einwärts. Ob auf der Seite des Hinterhauptes des Kindes der Knochen durchtrennt wird, oder auf der anderen, hält Verf. für unwesentlich. Ein eventuelles Bersten der Synchondrosis sacroiliaca ist nach Verf. von geringerer Bedeutung als Zerreißungen des Beckenbodens. Viel Gewicht ist auf die Stillung der Blutungen zu legen. Die Hebotomie soll ein Ersatz für die Perforation sein und ist auch an fiebernden Frauen auszuführen, natürlich unter entsprechenden Vorsichtsmaßregeln, zu denen vor allem eine Freilegung der Wunden, also keine subkutane Hebotomie, gehört. Prinzipiell die Geburt nach der Pubeotomie der Natur zu überlassen, hält Verf. für bedenklich. Sind die Verhältnisse für eine baldige Beendigung derselben günstige, so soll man abwarten, sonst aber ist ein weiteres operatives Vorgehen am Platze. Die Operation ohne Anästhesie vorzunehmen, hält Verf. im allgemeinen für falsch, da sie sehr schmerzhaft sein kann; vor allem aber tritt er deshalb für eine Beendigung der Geburt in einer Sitzung ein, um die Frauen nicht aus der Narkose infolge der Pubeotomie erwachen zu lassen, ohne daß sie völlig entbunden sind. Sodann hält Verf. es für vorteilhafter, das Kind am vorangehenden Kopfe mit der Zange zu entwickeln, wofür sich sehr die Achsenzugzange eignet. Er empfiehlt hierfür ein von ihm angegebenes Modell einer Zange mit kreisförmiger Gestalt. In bezug auf die Nachbehandlung hält Verf. immobilisierende Verbände für überflüssig. Ein breiter Heftpflasterstreifen um den einfachen Verband hält das Becken genügend zusammen. Links und rechts ein Sandsack ist zu empfehlen; ebenso eine leichte Beugung der Hüftgelenke und eine Erhöhung des Oberkörpers. Eine Therapie des engen Beckens stellt die Pubeotomie nicht vor. Ein Weglassen des Verbandes und frühzeitige Bewegungen, um ein dauernd weiteres Becken zu erzielen, hält Verf. für falsch. Einen großen Fortschritt gegenüber der Symphyseotomie bedeutet aber die Pubeotomie nach

Ansicht des Verf.s nicht. Die Weichteilverletzungen werden bei Beurteilung der Gefährlichkeit beider Operationen die Hauptrolle spielen.

6) R. Wolfheim (Heidelberg). Experimentelle Untersuchungen über die Durchlässigkeit des Keimepithels für korpuskuläre Elemente und Bakterien (zugleich eine Studie über die Topographie der Bursa ovarica bei Tieren).

Verf. schildert zuerst auf Grund von Untersuchungen an Mäusen, Ratten, Kaninchen, Meerschweinchen und einer Hündin die Lage des Eierstockes und der Bursa ovarica. Hauptsächlich die Lage des Ovariums zu seinen Nachbarorganen und die Gestalt und Tiefe der aus der hinteren Platte des Lig. lat. hervorgehenden Bursa ovarica finden eine genaue Erörterung bei den einzelnen Tieren. Hierauf bespricht er die Auswahl der Tiere zu seinen Versuchen, für die sich Meerschweinchen, am meisten aber Kaninchen als geeignet erwiesen. Als korpuskuläres Element für die Experimente benutzte Verf. chinesische Tusche, die besser war als Zinnober und Kobaltblau. Für die bakteriologischen Versuche wurden Stämme von Milzbrand, Strepto- und Staphylokokken verwendet. Nach Schilderung der Versuchstechnik, der histologischen Untersuchungsmethoden und kurzer Besprechung der Lymphbahnen des Ovariums geht Verf. zu seinen Versuchen über. Aus diesen ergibt sich, daß schon nach 6 Stunden die in die Bauchhöhle eingebrachten Tuschekörnchen in der Nähe der Ovarialoberfläche frei oder an Leukocyten gebunden und an dieser selbst innerhalb einzelner Zellen des Keimepithels nachzuweisen sind. Niemals konnte Verf. bei unverletzter Ovarialoberfläche dicht unter dem Keimepithel mit Tuschekörnchen beladene Zellen finden. Hieraus ergibt sich, daß dieses nach den ersten Lebensjahren die Funktion übernimmt, alle von der Bauchhöhle her auf das Ovarium einwirkende Schädlichkeiten von ihm abzuhalten. Öfters dagegen fand Verf. in dem Lymphgefäßsystem des Hilus zahlreiche, mit Tusche beladene Leukocyten, die auf dem Wege in das Ovarium gelangt waren, der zur Entstehung ovarieller Metastasen bisher genügte und genügen mußte. Ganz anders sind die Verhältnisse, wenn das Keimepithel die geringste Läsion erfährt, wozu auch das Platzen eines Follikels zu rechnen ist. Sobald der Verlust des Keimepithels erst einmal die obersten Bindegewebsschichten des Ovariums der Einwirkung der im Peritonealraume befindlichen Tuschelösung preisgibt, sind dem Eindringen der fein verteilten Farbelemente keine Schranken mehr gesetzt. Man kann ihr Vordringen durch alle Schichten des Ovariums verfolgen. Nur in die Höhle der Follikel hat Verf. sie nie eindringen sehen, woran vielleicht der Follikelinnendruck schuld ist. In der Tube waren in jedem Falle meist an Leukocyten oder abgestoßene Tubenepithelien gebundene Tuschekörnchen nachzuweisen, während sie in Schnitten durch die Uterushöhle nur ganz selten angetroffen wurden. Die Serosa des Magens und Darmes, der Leber, Milz und des Zwerchfelles war stark mit Tuschekörnchen durchsetzt. Die bakteriologischen Versuche ergaben völlig negative Resultate. Die Kraus'schen Versuche über die Entstehung von Ovarialmetastasen des Karzinoms hält Verf. nach seinen genaueren Untersuchungen für nicht einwandsfrei, und ebenso die daraus gefolgerten Schlüsse und Ansichten.

E. **Runge** (Berlin).

Schwangerschaft.

7) A. Bertino (Parma). Die Übertragung mütterlicher Erkrankungen auf nur einen Fötus bei Zwillingsschwangerschaft.

(Rassegna d'ost. gin. 1905. Mai.)

Die hereditäre Krankheitsübertragung kann bei Zwillingen, wenigstens bei den aus getrennten Eianlagen hervorgehenden, verschiedene Wege einschlagen, so zwar, daß die Krankheit der Mutter nur auf den einen Fötus übergeht, oder daß sie die Kinder in verschiedener Intensität befällt. Die Kasuistik derartiger Krankheitsübertragungen ist ziemlich spärlich; Verf. hat es deshalb für angezeigt gehal-

ten, eine Reihe einschlägiger Fälle zu sammeln und dieselben um eine eigene Beobachtung zu vermehren. In sechs Fällen handelte es sich um eine akute Krankheit, nämlich Variola; in den vier anderen lag eine chronische Erkrankung vor: Syphilis. In der ersten Gruppe ist besonders ein Fall bemerkenswert, und zwar nicht allein dadurch, daß die Mutter die Krankheit (Variola) nur auf einen der beiden Zwillinge übertrug, sondern vielleicht noch mehr dadurch, daß sie selbst von derselben verschont blieb. Im übrigen sind die Fälle dieser Gruppe recht instruktiv und einwandfrei, beweisender jedenfalls als die Syphilisfälle; die Unbestimmtheit und die bisweilen recht erhebliche Länge der Inkubations- und Latenzperiode bei der hereditären Lues bieten der Erkennung des wahren Sachverhalts hier oft erhebliche Schwierigkeiten, wie Verf. selbst zugesteht. Der neu mitgeteite Fall betrifft ein Zwillingspaar, das anscheinend gesund zur Welt kam; nach Verlauf einiger Wochen jedoch trat bei dem einen Kinde die typischen Zeichen hereditärer Lues auf (Schleimpapeln, Coryza, Erythem usw.), während das andere gesund blieb und auch nach Ablauf von 3 Jahren keinerlei Krankheitserscheinungen zeigte. Da die Mutter Syphilis durchgemacht hatte, so lag unzweifelhaft ein Fall von materner Krankheitsübertragung vor; auch wenn man annehmen will, daß der gesunde Zwilling möglicherweise noch späterhin an hereditärer Lues erkranken werde, so spricht dieser Fall mindestens doch für eine sehr ungleichmäßige Intensität der übertragenen Krankheit. Verf. erörtert weiterhin die verschiedenen Wege der hereditären Krankheitsübertragung: während man bei der Syphilis wohl die Annahme gelten lassen kann, daß das Krankheitsgift an die primären Geschlechtszellen (Ei, Sperma) gebunden ist und bereits mit diesen übertragen wird, ist eine solche Annahme für andere Infektionskrankheiten mindestens recht zweifelhaft; hier kommt vielmehr die placentare Übertragung der Krankheitskeime oder wenigstens ihrer Toxine in Betracht. Der Umstand nun, daß bisweilen nur der eine Zwilling von der Krankheit befallen wird, der andere hingegen gesund bleibt, läßt sich entweder durch eine ungleichartige Durchlässigkeit der Placenta oder auch durch eine Verschiedenheit der Immunität bzw. Resistenz der Föten erklären. **H. Bartsch** (Heidelberg).

8) **J. Audebert.** Amniotischer Strang und multiple Mißbildungen des Gesichtes und des Schädels.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. Juni.)

Kasuistische Mitteilung. Der amniotische Strang zog von der Placenta — aus drei Wurzeln entspringend — nach dem Gesicht des Fötus. Die Nabelschnur war dreimal um das amniotische Band herumgeschlungen. Die Mißbildungen bestanden in Wolfsrachen, Meningoencephalokele, Fehlen des Schädeldaches und der oberen Partie des Gesichtes.

Daß die amniofötale Adhärenz die einzige Ursache der Mißbildung war, bewies die Beschränkung der letzteren auf diejenigen Partien die im Bereich des amniotischen Bandes lagen.

Die Mutter hatte während der ganzen Schwangerschaft schwere körperliche Arbeit versehen. Verf. wirft die Frage auf, ob dieser Umstand für die ätiologische Deutung der amniotischen Fäden nicht in Betracht gezogen werden müsse.

Frickhinger (München).

9) **Schliep** (Stettin). Zur Diagnose und Therapie der Extra-uterin-Gravidität.

(Therapeutische Monatshefte 1906. April.)

S. warnt vor intensiven Untersuchungen und eingehenden Sondierungen, die besser erst auf dem Operationstische vorgenommen werden. Er schildert einen Fall wo infolge ungleichmäßiger Kontraktionen eines graviden Uterus sich der Uterus derart zusammenzog, daß eine deutliche Furchung entstand, die eine seitliche differenzierbare Geschwulst vortäuschte. Wegen Blutung und großer, nicht wehenartiger Schmerzen wurde operiert, wonach dann der Abort eintrat. »Zwei Ärzte, ein Professor, ein Gynäkologe« hatten sich täuschen lassen. Endlich erwähnt S. die Ab-

sonderung kopiösen glasigen Dickdarmschleimes als ein Zeichen drohender Perforation der Hämatokele bezüglich Exsudats in den Darm.

Witthauer (Halle a. S.).

10) D. Popow. Eine ausgetragene Ovarialgravidität.

(Russki Wratsch 1906. Nr. 27—29.)

Verf. beschreibt einen von ihm beobachteten und mit günstigem Erfolge für Mutter und Kind operierten Fall von ausgetragener Ovarialgravidität und zieht auf Grund der anatomischen Untersuchung folgende Schlüsse:

1) Die anatomische Diagnose der linksseitigen Ovarialgravidität wurde gestellt auf Grund der Bestimmung der linken normalen Tube und des unmittelbaren Überganges des Ligamentum ovarium proprium sinistrum in den Fruchtsack, auch der Anwesenheit der Reste des linken Ovariums, welche den Teil der vorderen Wand des außerhalb des Uterus liegenden Fruchtsackes bildete und der näheren Beziehung zum Ovarium des Ligament. infundibulo ovarii sinistri, in welchem die Gefäße stark entwickelt waren.

2) Das linke Ovarium, welches in eine dünne Platte sich verwandelte, hatte unmittelbares Verhältnis und engen Zusammenhang mit der Nachgeburt, deren Zotten im Corpus luteum graviditatis zwischen fibrinösen Massen und gelben Zellen und außerdem in der Grenzschicht des veränderten Ovariumstroma sich befanden.

3) Die Anwesenheit der Reste des Ovarialgewebes ist nachgewiesen auf Grund des in den Vertiefungen embryonalen Epithels gebliebenen, der Anwesenheit von normalen und degenerierten primären und in Entwicklung begriffenen Follikel, Reste der Corpora lutea und leer gewordener Follikel in Form von Corpora albicantia.

4) Die histologischen Veränderungen im linken Ovarium, die mit der Schwangerschaft im Zusammenhange sind, waren folgende: deutlich ausgesprochene Hyperämie, seröse Durchtrennung des Gewebes, Hypertrophie der Zellenelemente des Interzellulargewebes und besonderer Verwandlung der Zellen der Tunica interna folliculi in den jungen und in der Entwicklung begriffenen Follikeln in die Zellen des Corpus luteum.

5) Die Anwesenheit von embryonalen Kanälen des Wolff'schen Körpers war bei der Bestimmung des Verhältnisses des Lig. latum und des Mesovariums sehr behilflich. Die flächenförmige Form des Lig. ovarii propr. sin. ging unmittelbar in das Gewebe des linken Ovariums über und enthielt hypertrophische Muskelfasern.

6) Die linke Tube war wegen Hypertrophie der Zellen der Muskelschicht, Hyperämie und seröser Durchtränkung verdickt; die Schleimhaut der Tube ging im mittleren Teile in die Decidua über.

7) Die Nachgeburt war in dem Fruchtsacke sehr verbreitet und dünn, hatte besondere Lappen und velamentöse Insertion der Nabelschnur; im Gewebe der Nachgeburt waren zahlreiche alte und neue Blutextravasate als Folge verhinderter Blutzirkulation und außerdem cystische Neubildungen, die infolge der Adhäsionen der benachbarten Zotten und Zerfall der Zellen der die Zotten umhüllenden Langhans'schen Schicht sich bildeten.

8) Die Besonderheiten der Struktur der Nachgeburt bestanden in geringerer Verbreitung der Zotten, die an embryonaler Substanz arm und deshalb im Diameter verhältnismäßig klein waren; die Gefäße der Zotten waren stark dilatiert, was auf Störungen in der Zirkulation zeigt; die Zotten, die in der Grenzschicht des Ovariums und in der fibrinösen Wand des Fruchtsackes lagen, waren von Trophoblasten und Syncytium umgeben; nirgends aber waren Deciduazellen vorhanden.

9) Die häutige Wand des Fruchtsackes bestand aus Fibrinschichten mit Resten von Pseudohäutchen in Form von fibrösen Bildungen und stellte stellenweise eine gut ausgesprochene kleinzellige Infiltration dar.

10) Bei der extra-uterin liegenden und ausgetragenen Frucht männlichen Geschlechtes war Pesquinovarus.

11) Die chirurgische Behandlung der ausgetragenen Ovarialschwangerschaft bestand in totaler Entfernung der Produkte der Schwangerschaft (der Frucht, des Fruchtsackes, der Nachgeburt) per laparotomiam.

12) Die totale Entfernung des Fruchtsackes zusammen mit der Nachgeburt gelang ohne besondere Blutung, wobei folgende technische operative Griffe angewendet wurden:

a. Befreiung des oberen Teiles des Fruchtsackes von den umgebenden Adhäsionen mit dem Darme, dem Netz und anderen Teilen, was den freien Weg zum Eindringen in die Höhle des Fruchtsackes zum Zwecke der Extraktion der Frucht ermöglichte; dank der vorhergegangenen Unterbindung der Gefäße konnte man die nachfolgende Blutung bei Durchschneidung der Wand des Sackes und seiner Enukleation verhüten.

b. Wegen Eröffnung des Fruchtsackes vorzugsweise in schräger Richtung konnte man die Verletzung der Nachgeburt, die auf der vorderen Wand lag, vermeiden.

c. Das Drücken der Nachgeburt zur Wand des Fruchtsackes mit Hilfe der Pinzetten beseitigte die Absonderung derselben von der Befestigungsstelle bei Entfernung des unteren Teiles des Fruchtsackes, was gewöhnlich von starken tödlichen Blutungen begleitet wird. **M. Gerschun** (Kiew).

11) A. J. Orlow. Zur Frage über wiederholte Tubenschwangerschaft.

(Russki Wratsch 1904. Nr. 43.)

E. J. S., 31 Jahre alt, wurde am 10. September 1902 in die gynäkologische Abteilung des klinischen Militärhospitales aufgenommen und wegen rupturierter rechtsseitiger Tubargravidität von A. J. Lebedew per laparotomiam operiert. Am 18. April 1904 wurde Pat. in die gynäkologische Abteilung des Nikolajewschen Hospitales aufgenommen, wo linksseitige Tubargravidität und Hämatokele diagnostiziert wurde. Am 2. April wurde vom Privatdozenten D. D. Popow unter Hedonal-Chloroformnarkose die Laparotomie ausgeführt. In der Bauchhöhle wurden alte und frische Blutgerinnsel und flüssiges Blut gefunden. Die linke schwangere Tube wurde exstirpiert. Durch die Vagina (hintere Kolpotomie) wurde Drainage mit Xeroformgaze durchgeführt. Der Verlauf war fieberlos, und am 23. Tage nach der Operation verließ Pat. in sehr gutem Zustande das Krankenhaus.

M. Gerschun (Kiew).

12) A. Cholodkowski. Zur Kasuistik der Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Journ. akuscherstwa i shensk. boljesn. 1905. Nr. 7 und 8.)

Vom 2. Februar 1900 bis zum 20. Februar 1904 hatte Verf. in der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses zu Woronecz neun Fälle von ektopischer Schwangerschaft beobachtet, von denen 7 operiert waren. Eine von den nicht chirurgisch behandelten Pat. starb, die zweite wurde vom Verf. nicht operiert, da im Urin 8,0 pro mille Eiweiß vorhanden war. Von den operierten Pat. starb eine. Die Todesursache war zu späte chirurgische Hilfe. In diesem Falle war die Diagnose sehr schwer, da eins der wichtigsten Symptome — Amenorrhoea — nicht vorhanden war: Pat. hatte regelmäßige Menstruation. Außer in diesem Falle fehlte Amennorrhoea noch in drei Fällen.

Zwei Pat. wurden per vaginam operiert, wobei in einem Falle die Tube entfernt, im zweiten konserviert wurde (Elytrotomia). In fünf Fällen wurde per abdomen operiert, wobei in einem Fall ein Stück des Darmes, in einem anderen ein Stück des Netzes reseziert wurde. In allen Fällen bestand Tubarabort, wobei in zwei Fällen Abort in die Bauchhöhle beobachtet wurde.

Die Adnexa der anderen Seite waren in allen Fällen krank. In einem Falle wurde Pyosalpinx, in einem anderen Hämatosalpinx, in zwei Fällen Ovarialcysten beobachtet. Blennorrhoea wurde in keinem Falle bemerkt. Auf Grund dieser Beobachtungen meint Verf., daß die Ursache der ektopischen Schwangerschaft gewöhnlich die Erkrankung der Tube ist. Was die Behandlung betrifft, so muß sie womöglich eine chirurgische sein. In den ersten Monaten, bei genauer Diagnose der Extra-uterin-Schwangerschaft, muß unbedingt die Operation ausgeführt werden.

M. Gerschun (Kiew).

13) **L. Haidegger** (Nagy-Becskerek, Ungarn). Extra-uterin-Schwangerschaft bei einer 50jährigen Frau; Genesung.
(Budapesti Orvosi Ujság, 1905 Nr. 46.)

Die Frau wurde in ihrem 50. Jahre schwanger. 10 Monate nach dem normalen Ende der Schwangerschaft entstand in der Bauchwand eine Fistel, aus welcher 5 Monate lang Eiter und übelriechende Gewebsfetzen abgingen. Nach Aufnahme in das Spital wird die Fistel erweitert und die Knochen des Fötus werden entfernt. Bei der Operation werden auch zwei Darmfisteln entdeckt. Drainage der Höhle. Heilung. **Temesváry** (Budapest).

14) **F. N. Tawildarow.** Zur Frage über die Anwesenheit von Deciduazellen in der Schleimhaut der nichtschwangeren Gebärmutter.
Diss., Petersburg, 1904.

Verf. untersuchte mikroskopisch die Uterusschleimhaut in 67 Fällen; in 56 Fällen wurde die Schleimhaut durch Ausschabung der Kranken mit der klinischen Diagnose — Endometritis und in zwei Fällen mit der Diagnose — Fibroma uteri gewonnen; in vier Fällen stammte die Schleimhaut von den per vaginam wegen Portio- oder Collumkarzinom exstirpierten Uteri und in fünf Fällen von den wegen Fibromyom supravaginal amputierten Uteri.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1) Bei gewöhnlicher Hyperplasia glandularum endometrii simplex findet man im intraglandulären Gewebe keine Zellen, die den Deciduazellen ähnlich sind.

2) Im Endometrium, welches von einem reinen oder von einem mit glandulärer Hyperplasie kombinierten interstitiellen Prozesse betroffen ist, findet man zuweilen im intraglandulären Gewebe Zellenelemente, die den Deciduazellen ähnlich sind; sie liegen aber immer getrennt, im Maximum zu 3—4 zusammen zwischen den an Zahl vergrößerten Stromazellen.

3) Die obengenannten Zellen mit vergrößerter Protoplasmamenge unterscheiden sich von den echten Deciduazellen durch eine mehr flache Form des Kernes, homogenes Plasma und durch größere Fähigkeit mit sauren Farbenreagenzien (Eosin und Pikrinsäure) gefärbt zu werden.

4) Die Veränderungen, welche im Endometrium bei Uterusmyomen oder Collumkarzinom beobachtet werden, sind mit denen bei nicht komplizierten Fällen von chronischer interstitieller Endometritis oder bei Komplikation derselben mit Hyperplasie der Drüsen identisch. Bei Myomen werden außerdem oft Formen von glandulärer Hyperplasie beobachtet.

5) Die Decidua kann man nur makroskopisch mit der Schleimhaut bei einer von diesen Krankheiten verwechseln, da die letztere auch bis 6,0 mm und mehr verdickt werden kann und aus zwei Schichten — einer kompakten und einer netzförmigen, wie die Decidua besteht. Bei der mikroskopischen Untersuchung ist schon bei mittelstarker Vergrößerung (120—200mal) eine solche Verwechslung unmöglich, da wir statt einer dichten Masse von großen Zellen, die an Protoplasma reich sind und einen großen blasenförmigen Kern haben, welche in der kompakten Schicht der Decidua vorkommen, in der veränderten Schleimhaut nur einige solche Zellen finden, welche weit voneinander zwischen den normalen und an Zahl vergrößerten Stromazellen liegen.

6) Das intraglanduläre Gewebe des Endometriums ist ein embryonales Gewebe. Dieses Gewebe besteht aus Zellen, die von Protoplasmasprossen umflochten sind. Fibrinöses Intrazellulargewebe ist bei normalen Verhältnissen im Endometrium nicht vorhanden. Das Oberflächenepithel der Schleimhaut hat kein Grund- und die Drüsen kein eigenes Häutchen. **M. Gerschun** (Kiew).

15) **M. A. Polloson** (Lyon). Collumkrebs und Schwangerschaft. Abdominale Hysterektomie.
(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. August.)

Die Gravidität entsprach dem 4. Monat. Der Eingriff war viel leichter als die gleiche Operation außerhalb der Schwangerschaft. In Frankreich hat sich

gegenüber dem Krebs der schwangeren Gebärmutter die Neigung zu abwartendem Verhalten geltend gemacht. Man fürchtete die Schwere der Operation einerseits und die Häufigkeit der Rezidive andererseits. In neuester Zeit trat jedoch Condamin für aktives Verfahren ein. Von den Operationsmethoden kam bis jetzt die vaginale Totalexstirpation am meisten in Betracht. Verf. glaubt jedoch, daß wie beim nichtschwangeren, karzinomatösen Uterus, so auch bei der Entfernung der graviden Gebärmutter die vaginale Methode der abdominalen wird weichen müssen. **Frickhinger** (München).

16) **M. Cealic.** Beiträge zum Studium der Schwangerschaft im Uterus bicornis.

(Revista de chir. 1906. Nr. 3.)

C. gibt die Beschreibung von sechs zeitigen Geburten bei Vorhandensein einer doppelten Gebärmutter, die im Laufe von 7 Jahren in der Bukarester Gebäranstalt zur Beobachtung gelangten. Bei allen war nur der Gebärmutterkörper doppelt, während die Cervix einfach war. Die Diagnose dieser Abnormität bietet keine Schwierigkeiten dar, insofern sowohl vor der Geburt, durch die Palpation, als auch nach derselben durch das Touchieren bei beiden Gebärmutterhöhlen das Vorhandensein eines doppelten Gebärmutterkörpers leicht nachgewiesen werden kann. Wichtig ist es, zu wissen, daß in derartigen Fällen der Gebärmuttermuskel eine Verminderung seiner kontraktilen Kraft erfährt und es infolgedessen oft zu verschleppten Geburten, Placentarretentionen und Hämorrhagien post partum kommt. Auch auf die Gefahr einer Uterusruptur wäre zu achten. **E. Toff** (Braila).

17) **V. Wallich** (Paris). Sur quelques albuminuries de la grossesse. Albuminuries par suppuration.

(Presse méd. 1906. Nr. 2.)

Untersucht man aufmerksam den Harn schwangerer Frauen, so findet man eine gewisse Anzahl, bei welchen es sich nicht um Bright'sche oder gravidische Albuminurie, sondern um solche handelt, die auf eine Eiterung im Bereiche der Harnwege, Urethritis, Cystitis, Pyelonephritis usw. zurückzuführen ist. Es ist möglich, daß oft derartige Erkrankungen fast symptomlos verlaufen, und daß erst die Schwangerschaft zu einer Verschlimmerung führt. Ein Hauptsymptom dieser Harnaffektionen ist die Polyurie, so daß die Harnmenge oft 2 und 2½ Liter in 24 Stunden erreicht, ferner das trübe Aussehen des Harnes oberhalb des Sedimentes. Um die Diagnose stellen zu können, muß die Urinmenge von 24 Stunden gesammelt und die Untersuchung vorgenommen werden.

Sowohl diese als auch die anderen Albuminurischen müssen auf strenge Milchdiät gesetzt werden, doch wird es von Vorteil sein beim Auffinden von eitrigen Erkrankungen der Harnwege, die sich immer durch eine Bakteriurie auszeichnen, eine Desinfektion derselben durch Methylenblau oder Urotropin anzustreben. Jedenfalls zeigen die Befunde W.'s, daß viele früher als Schwangerschaftsalbuminurie angesehene Fälle auf einer eitrigen Erkrankung der Harnwege beruhen.

E. Toff (Braila).

18) **H. R. Andrews** (London). Der Einfluß der Ventrofixation der Gebärmutter auf die nachfolgende Schwangerschaft und Geburt.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1905. August.)

A. legt seinen Ausführungen die 206 Fälle, welche bereits Noble sammelte und weitere 189 Fälle zugrunde, so daß er über das Resultat von 395 Fällen berichten kann.

Das Resultat seines eingehenden Berichtes faßt er in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Ventrofixation kann sehr bedeutende Schwierigkeiten bei der Geburt verursachen.

2) Dieselben sind bedingt durch zu feste Verwachsungen der Gebärmutter, und zwar sind solche des Fundus und der hinteren Wand am bedenklichsten.

3) Die geringsten Schwierigkeiten entstehen, wenn der Uterus nur an das Peritoneum oder das subperitoneale Unterhautzellende angeheftet ist.

4) Bei Frauen, die noch schwanger werden können, ist nur eine »Suspension« des Uterus gestattet; wirkliche »Fixation« muß für ältere Frauen reserviert bleiben

Engelmann (Kreuznach).

19) **B. P. Watson** (Edinburg). Entfernung des Liquor amnii als Ursache des Todes der Frucht und Veränderung der Placenta.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1906. Januar.)

Die Versuche wurden an Kaninchen angestellt in der Weise, daß ein kleiner Bauchschnitt gemacht wurde, die Uterushörner mit Fruchtsäcken wurden hervorgezogen, aus einem derselben, der mit dem Kontrollfruchtsack gleiche Größe hatte, durch Punktion das Fruchtwasser entzogen. Bei einzelnen wurde behufs Kontrolle der Placenta ein Fruchtsack entfernt. Alle Versuchsobjekte, mit Ausnahme eines einzigen, überstanden den Eingriff gut. Nach 3 bis 14 Tagen wurden dieselben getötet und die Präparate makro- und mikroskopisch untersucht. Das Resultat seiner Versuche faßt W. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Infolge der Entleerung des Fruchtwassers stirbt die Frucht sogleich ab. Der Tod erfolgt infolge der Unterbrechung der Zirkulation.

2) Der abgestorbene Fötus und die Placenta werden in utero zurückgehalten. Der erstere erleidet degenerative Prozesse und wird platt.

3) Die Veränderungen der Placenta sind verschieden.

4) Der fötale Teil derselben degeneriert langsam, das Mesoderm wird durch Fibrin durchtränkt, und die Zellen des Ektoderms werden körnig.

5) Nach dem Tode der Frucht besteht keine Neigung zur weiteren Entwicklung des Ectoderms.

6) Die Veränderungen an der mütterlichen Placenta sind nicht wesentlich verschieden von denen, die bei normaler Entwicklung eintreten.

7) Die Absonderung von Fruchtwasser hört mit dem Tode der Frucht auf.

Engelmann (Kreuznach).

20) **A. Stark.** Hochgradige Blutung bei einer Gravida (im 6. Monate) ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Prager med. Wochenschrift Nr. 7.)

Schätzungsweiser Blutverlust über 1½ Liter. Alle Zeichen schwerster Anämie. Nach Infusion von Kochsalzlösung Fühlbarwerden des Pulses und Wiederkehr des Bewußtseins, jedoch auch neuerlicher Blutung. Dieselbe steht schließlich auf Tamponade der Scheide. Nach 4 Tagen ging die Frau bereits ihren Beschäftigungen viel nach und brachte zum Termine der Geburt ein kräftiges Kind zur Welt. Als Ursache der Blutung nimmt S. das Platzen einer Varix der Scheide an.

Knapp (Prag).

21) **Dührssen.** Therapeutische Fortschritte bei Schwangerschaftsstörungen und Blutungen nach der Geburt.

(Heilkunde 1906. April.)

Zur Abortbehandlung empfiehlt D. Scheidentamponade bei geschlossenem Collum, dann eventuell Utero-Vaginaltamponade, wenn nötig Laminariaeinlegung. Wird das Ei danach nicht spontan ausgestoßen, Ausräumen ohne Curettage mit nachfolgender nochmaliger Uterustamponade. Verf. bespricht dann die Uterustamponade bei Blutungen post partum, den vaginalen Kaiserschnitt, die Colpotomia anterior und anterior-lateralis, letztere auch bei Extra-uterin-Gravidität und Uterusperforationen und die Vaginäfixur, Ovariotomien und Myomektomien in der Schwangerschaft z. B. in polemischer Weise. Die entwickelten Anschauungen sind schon anderweitig veröffentlicht und hier nur wieder zusammengefaßt. Die Alexander-Adams'sche Operation wird wertlos genannt.

Witthauer (Halle a. S.).

22) **F. Lichtenstein.** I. Das Wasser als Feind der Röntgenaufnahme. II. Zur Diagnose der Extra-uterin-Gravidität durch Röntgenstrahlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 10 und 11.)

Die erste Arbeit enthält ausführliche Deduktionen über die Ursachen, weshalb die Verwendbarkeit der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe bisher sich als eine so geringe ergeben hat. Der Grund liegt in der störenden Einwirkung des Fruchtwassers, sowie in der durch die Schwangerschaft bedingten, starken Durchfeuchtung der Weichteile. Magere Frauen mit wenig Fruchtwasser geben die besten, dicke Frauen mit viel Fruchtwasser die schlechtesten Röntgenbilder. Doch bekommen wir in günstigen Fällen immer wieder nur den kindlichen Schädel, und zwar nur im Niveau des Beckeneinganges zu sehen. Der Kopf im Fundus bei Steißlage ist nur schwach oder gar nicht sichtbar. Die Verhältnisse zur Röntgenaufnahme werden eben immer ungünstiger, je weiter man sich vom Beckeneingang entfernt. Die Wölbung des schwangeren Abdomens fällt nach der Symphyse zu ab. Dadurch ist die Wassersäule in Symphysenhöhe um 17 cm niedriger als in Nabelhöhe. Dann sind die Bauchdecken in der Inguinalgegend wasserärmer als in den höheren Partien, und schließlich verdrängt der im Beckeneingange stehende Kopf in dessen ganzer Zirkumferenz das freie Fruchtwasser.

Die zweite Arbeit bestätigt die zuerst ausgesprochene Ansicht. Es gelang, mittels Röntgenbildes das kindliche Skelett außerhalb der Gebärmutter mit Sicherheit nachzuweisen. Man sah auf der Platte über der rechten Beckenschaufel zwei kindliche Extremitätenknochen im rechten Winkel zueinander stehend, dessen Scheitel nach oben lag. Das eine Stück war als Oberschenkelknochen, das andere als Unterschenkelknochen zu denken. Auf der linken Seite waren über der Beckenschaufel drei feine weiße Streifen vorhanden, die kindlichen Rippen entsprachen. Die Diagnose erwies sich bei der Operation als in jeder Beziehung richtig. Die Verhältnisse zur Röntgenaufnahme sind eben bei der Extra-uterin-Gravidität viel günstiger als bei der normalen Schwangerschaft. Der Fruchtsack ist dort viel dünner und weniger durchfeuchtet als die Wand des schwangeren Uterus. Es ist fast kein Fruchtwasser vorhanden. Dann kommt infolge des gewöhnlich erfolgenden Austrittes der Frucht aus der Tube die Placenta sehr oft neben der Frucht zu liegen und stört mit ihrem hohen Flüssigkeitsgehalte nicht die Durchleuchtung.

Frickhinger (München).

23) **H. Füth.** Über die hohe Mortalität der Perityphlitis während der Schwangerschaft.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Es war Mundé, welcher zuerst auf die hohe Gefährlichkeit der Perityphlitis während der Schwangerschaft hingewiesen hat. Verf. konstatierte die Höhe der Mortalität bei den aus der Literatur gesammelten Fällen auf 52,3 %. Die Ursache des so häufig malignen Verlaufes sah man in Verwachsung des Processus vermiformis mit dem Uterus oder in ungünstigen Lageverhältnissen des Wurmfortsatzes infolge der Raumbeengung durch das schwangere Organ. Verf. sieht den wichtigsten Grund für die Schwere der Erkrankung in der Verlagerung des Coecums durch den wachsenden Uterus. Damit stimmt auch die Tatsache überein, daß vom 4. Monate ab, d. h. der Zeit, wo der Uterus Einfluß auf die Lage des Blinddarmes gewinnt, die Zahl der letalen Fälle noch steigt. Auch fällt vom 4. Monat ab, wo der Uterus das kleine Becken ausfüllt, der Vorteil für die Frau weg, daß ein perityphlitischer Abszeß sich nach dem Douglas zu senken vermag, damit dem gefährlichen Bereiche des großen Beckens entzogen und der Eröffnung an der günstigsten Stelle anheimfällt.

Frickhinger (München).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 40. **Sonnabend, den 6. Oktober.** **1906.**

Inhalt.

I.

Livre d'or offert au Professeur S. Pozzi.

Zur Erinnerung an 20 Jahre Unterricht im Hospital Broca.

Referiert von **H. Fritsch.**

Die Freunde und Schüler Pozzi's haben das vorliegende Buch ihrem berühmten Kollegen und Lehrer, dem hervorragendsten Gynäkologen Frankreichs, zum Geschenke dargebracht. Gleichzeitig ist eine Denkmünze überreicht. In der Kunst, Denkmünzen geschmackvoll und schön herzustellen, steht Frankreich heutzutage obenan. Um das in vollstem Maße anzuerkennen, braucht man nur ein Frankstück und ein Markstück zu vergleichen! Auf der Münze wehrt eine weibliche Figur von einer hilfesuchenden Frau den Tod ab, der seine Knochenhand schon krallenartig ausstreckt. Die Umschrift lautet: Traité de gynécologie. Dies Buch Pozzi's ist auch bei uns hochgeschätzt. Es ist ins Deutsche übersetzt und zeichnet sich aus durch eine allen gerecht werdende Objektivität, durch eine Beherrschung der nichtfranzösischen, namentlich der deutschen Literatur, sowie durch

eine bei aller Gründlichkeit eleganten und geschmackvollen Schreibweise.

Ich möchte an dieser Stelle unserem verehrten Kollegen auch die herzlichen Glückwünsche der deutschen Gynäkologen darbringen und ihn versichern, daß er uns allen ein ebenso hochgeachteter wie sympathischer Kollege stets war, ist und sein wird.

Die Festschrift aber, die wohl nicht jedem zugänglich ist, beabsichtige ich, des wertvollen Inhaltes wegen, etwas ausführlich zu besprechen.

Pinard beginnt mit der Sterilität — »das was der Arzt davon wissen und können muß, um sie zu behandeln«, Er gibt in aller Kürze interessante Zahlen. Die Ehen sind fast in der ganzen Welt in gleichmäßiger Zahl steril. Unter 100 Ehen blieben steril in Paris 11,3, in Berlin 12,8, in Rio de Janeiro 11,3. Der Grund der Sterilität der Ehe betreffe 60mal die Frau, 40mal den Mann. Die Richtigkeit dieser Zahl möchte ich bezweifeln, es sei denn, daß man auch bei der durch residuale Gonorrhöe sterilen Frau den Grund der Sterilität der Ehe auf die Frau schieben wollte.

Kommt die Frau mit der Frage: warum bin ich steril, und was ist zu machen, um Kinder zu haben? so ist zunächst die Frau zu untersuchen. Ist die Periode in jeder Beziehung normal, so ist in 999 Fällen von 1000 die Frau fruchtbar und der Mann unfruchtbar. Ist die Periode aber bei der sterilen Frau schmerzhaft, so besteht eine Flexion oder eine größere oder kleinere Verengung. Ist die Periode nicht schmerzhaft, ist aber das Übelbefinden bei der Periode bedeutend und bestehen beiderseitig in der Ovariengegend Schmerzen, so handelt es sich wahrscheinlich um schwierige und unvollkommene Ovulation. Diese Frauen sind mager. Bei fetten Frauen, die immer weniger Blut bis zur Amenorrhöe bei der Menstruation verlieren, reifen die Eier nicht mehr. Das Ovarium befindet sich im »Zustande der Impotenz«. Nimmt die Periode im Gegenteil an Quantität zu, tritt sie häufiger ein, gehen Coagula ab, so handelt es sich oft um Fibrome, die als Folge der Unfruchtbarkeit entstehen.

Viermal bei 1000 Fällen fand P. das Hymen imperforiert, ohne daß der Ehemann, der wegen der Sterilität konsultierte, diesen Grund ahnte. Die genaue Untersuchung der Frau, auch bimanuell, sucht nach einer Erklärung. Die palliative Behandlung besteht in Spülungen, die kurative in Dilatation, der einzig wirksamen Methode, die P. seit 30 Jahren gebraucht. Es wird in derselben Weise wie bei uns mit Laminaria dilatiert, dann aber noch mit Dilatatoren weiter sondiert bzw. behandelt. Tritt Schwangerschaft nicht sofort ein, so wird nach jeder Regel und vor jeder Schwängerungsmöglichkeit mit dem Dilatator viele Monate hindurch dilatiert. Nach 9 bis 12 Monaten sah P. noch Schwangerschaft eintreten. Diese lange Nachbehandlung beseitigt auch die Dysmenorrhöe. Intra-uterin-Pessare gebraucht P. nicht, ebenso nur sehr ausnahmsweise blutige Operationen.

Bei Anteflexion beseitigt P.'s Methode die Stenose des Orificium externum, des Orificium internum und die Flexion.

Bei Fettsucht und allmählich quantitativ geringer Regel empfiehlt P. Milchdiät. Bei Uterus infantilis, pubescens, puerilis ist jede Lokalbehandlung unnütz, sie kann nur Gefahren bringen. Das einzige, was zu tun ist, ist Allgemeinbehandlung event. in Bädern. Hört bei normalem Uterus, und nach einer oder mehrfachen Geburten die Periode plötzlich auf, so empfiehlt sich Elektrizität. Bei Myomen: Soolbäder.

Bei der Untersuchung des Mannes ist nach Orchitis zu forschen, nach der Art und Weise des Koitus. Das Sperma muß mikroskopiert werden. Vorsicht bei der Mitteilung an den Mann ist nötig. P. kennt drei Fälle, wo der Ehemann, nachdem er erfahren hatte, daß das Sperma keine Spermatozoiden enthielt, sich das Leben nahm.

Boeckel (Straßburg): Die totale und subtotale Hysterektomie. 75 Operationen mit zwei Todesfällen. In einem Falle platzte der Leib wieder auf, die Gedärme traten vor. Der Assistent nähte unter Schwierigkeiten. Die Pat. starb am zweiten Tage.

Reverdin (Genf) wirft einen Rückblick auf die Entwicklung der Gynäkologie in Frankreich. Auch von Simon, Braun, Marion Sims werden im Feuilletonton interessante Anekdoten erzählt. So hat Sims in Wien 1878 einen karzinomatösen Uterus mit dem Messer ohne Ligaturen vaginal entfernt! Es habe in der Tat kaum geblutet. Sims stillte durch Einlegen eines Liquorferritampons die Blutung. Übrigens starb die Operierte sehr bald.

Obwohl der Autor sagt: La science n'a pas de patrie, scheint er doch nach seiner Darstellung Frankreich als das ausschließliche Vaterland der Gynäkologie zu betrachten. Bei Gelegenheit der Erwähnung der vielen neuen Instrumente erzählt Verf., daß Socin ihm einmal sagte: »Ich habe mir nicht die Erfindung auch nur eines Instrumentes vorzuwerfen.« Über die Kongresse wird nicht besonders günstig geurteilt. Es wird das Wort der Frau v. Staël angeführt: »quand les hommes sont en foule, leurs oreilles s'allongent«. Zuletzt kommt Verf. noch auf Thiriar's Methode der Sauerstoffanwendung, von der er sehr entzückt ist.

Diese Methode bespricht Thiriar (Brüssel): Vor 12 Jahren habe er mit den Untersuchungen über Sauerstoffgebrauch begonnen. Die erste Mitteilung stammt aus dem Jahre 1899, damals wollte T. die Anaerobien mit Sauerstoff bekämpfen. Es sei das gelungen. Der Sauerstoff tötet diese virulenten Vibrionen der Septicémie gazeuse. Alle von T. mit Sauerstoff behandelten Fälle genasen. Es wird dann über den Anteil berichtet, den Joris und vor ihm Paul Bert und de Moor an der Bearbeitung dieser Frage haben. Besitzt der Sauerstoff auch keine wirklichen bakteriziden Eigenschaften, so setzt er doch die Virulenz herab und zerstört die Toxine durch Oxydation. Der Sauerstoff vermehrt die Bewegung der Leukocyten und beschleunigt ihren Austritt aus den Gefäßen in die Gewebe. Er besitzt eine chemotaktische Wirkung. Zuletzt begünstigt er die Phagocytose. Ähnliche Resultate hatten die Arbeiten von Lippens. Nach allen verstärkt also der Sauerstoff die Verteidigungsmittel des Organismus. Die Methode ist praktisch gut verwertbar. Es wird die Vagina zunächst in gewöhnlicher Weise antiseptisch gereinigt. Dann führt man die Kanüle für die Zufuhr des Sauerstoffs in die Vagina ein und schließt die Vulva mit aseptischer Watte, die mit einer T-Binde befestigt ist, ab. Nun strömt der Sauerstoff mehrere Stunden lang in die Vagina, was der Pat. keinerlei Unannehmlichkeiten bereitet. Der Sauerstoff dringt in alle Recessus und Buchten ein. Die Wirkung ist leicht zu prüfen, die Mikroben verschwinden bei langer Einwirkung vollkommen. Jedenfalls ist die Sauerstoffmethode allen antiseptischen Methoden weit überlegen. Bei Laparotomien wird die Methode in folgender Weise angewendet. Nehmen wir z. B. eine Pyosalpinxoperation. Nach möglichst sorgfältiger Säuberung des Operationsfeldes nach der Tubenexstirpation wird eine Kanüle in die Tiefe geführt. Daneben eine andere. Der Bauchschluß und Verband werden gemacht. Durch die eine Kanüle wird in die Tiefe Sauerstoff geleitet, der durch die andere Kanüle zurückströmt. Das Ende der Ausflußkanüle befindet sich in einem Gefäß mit antiseptischer Flüssigkeit. Die aufsteigenden Blasen zeigen, wieviel Sauerstoff zurückströmt. Auch werden Sekrete auf diese Art nach außen befördert.

Verf. greift aus seinen Krankengeschichten einen besonders lehrreichen Fall von Uterusruptur heraus. Hier wurde vom 22.—27. September der Sauerstoffstrom unterhalten.

Hier handelte es sich mehr um präventive Anwendung. Man kann die Methode aber auch gebrauchen, indem man in schlechtere Wunden Sauerstoff einströmen läßt. Bekannt ist die Gefahr der Peritonitis, die ja immer eine bakterielle ist, sei es daß Streptokokken oder irgendwelche andere Mikroben die Peritonitis machen. Hier ist die Sauerstoffmethode besonders am Platze. Die Technik der Anwendung ist folgende. Zunächst möglichste Säuberung der Peritonealhöhle nach breiter Eröffnung, hierauf Sauerstoffapplikation in alle Räume der Peritonealhöhle;

man kann auch durch mehrere Kanülen den Sauerstoff zuführen, also das Peritoneum gleichsam in einer Sauerstoffatmosphäre baden. So wurde z. B. bei einer im septischen Stadium operierten Peritonitis nach Appendicitis der Sauerstoffstrom 5 Tage unterhalten. Schon am Tage nach der Operation war der Zustand gut. Auch bei tuberkulöser Peritonitis ist die Sauerstoffmethode anzuwenden.

Verf. beschreibt hierauf die Anwendung der Methode bei Wunden der äußeren Genitalien, bei Erysipelen, Bartholinitis, Vaginitis usw. Nach dem oben berichteten ist sicher, daß die Sauerstoffinsufflation hier keine Schwierigkeiten bereiten kann. Auskratzungen werden seit der Sauerstoffmethode bei Metritis kaum noch von T. gemacht. Der Sauerstoff wird mehrere Tage nacheinander in die Uterushöhle geleitet. Man kann, wenn die ableitende Kanüle in einem Gefäß von Flüssigkeit endet, an den aufsteigenden Blasen sehen, wie der Sauerstoff abströmt. Daß man auch bei parametritischen Eiterungen und bei restierenden Fisteln leicht eine Technik für die Sauerstoffanwendung finden kann, ist nach dem Gesagten ersichtlich.

Jedenfalls ist es notwendig, die Methode weiter zu verfolgen, ehe man es wagen darf, zuzustimmen oder zu zweifeln.

In den nächsten beiden Arbeiten bringen Treub und Mendes de Léon über Inversio uteri ihre Ansichten, die im allgemeinen mit den modernen Anschauungen übereinstimmen. M. machte Laparotomie, kam aber nicht zum Ziele. Es wurde später von unten operiert und ein apfelgroßer Tumor aus dem Uterus entfernt. Von der modernen Inversionsoperation Küstner's ist nicht die Rede.

In der folgenden Arbeit wollen Poncet und Delore durch Experimente die Frage beantworten: Was ist die Folge der Lufteinführung in das Venensystem eines Hundes? Wieviel Luft ist notwendig, um den Tod des Tieres herbeizuführen. Bei Einführung von 10 ccm in die Vena iliaca wird das Herz sehr unruhig, aber das Tier erholt sich bald vollkommen. Um den Tod herbeizuführen, müssen 80 ccm bei einem Hunde von 25—40 kg eingeführt werden. Als praktisches Resultat gewinnen die Autoren die Ansicht, daß bei Fibromoperationen in die weiten Venen, deren Umgebung verändert ist, Luft einströmen kann: »die Luft ersetzt das Blut«.

Ref. möchte hinzufügen, daß er einen Fall publizieren ließ, in dem der plötzliche Tod bei einer Myomoperation als die Folge von Luftaspiration oder Lufteinströmung in die parametranen Venen eintrat. Bei der Sektion fand man das von Luft erfüllte Herz.

Forgue beschreibt unter dem Namen Opération transpéritoneal der Vesico-utero-Vaginalfisteln, die von Trendelenburg in Deutschland zuerst empfohlene abdominelle Methode. Ich halte diese Methode für prinzipiell falsch und glaube, daß ich alle so operierten Fisteln auch vaginal geheilt hätte.

Monprofit: Myomectomie abdominale. Verf. tritt für die konservativen Methoden, die Enukleation, ein. Es folgt eine Statistik der Laparotomien bei Uterus-Adnexkrankheiten. 24 Hysterektomien, und 13 mit Erhaltung des Uterus ohne Todesfall.

Barnsby — in Deutschland durch seine vortrefflichen Arbeiten über Appendicitis bekannt — beschreibt 5 Fälle von Extra-uterin-Gravidität. 3 Fälle nach dem Tode des fast am Ende der Schwangerschaft sich befindenden Fötus, Laparotomie, Marsupialisation der Cyste. Heilung. Ferner eine Beobachtung einer ebenso vorgeschrittenen Extra-uterin-Schwangerschaft. Völlige Abtragung der Cyste. Tod durch Verblutung. Zuletzt ein Fall aus dem 5. Monat. Abtragung des ganzen Sackes. Heilung.

Es ist das wieder ein Beweis für meine Ansicht, für die ich seit Jahrzehnten kämpfe, daß das Einnähen des Fruchtsackes viel ungefährlicher ist, als die totale Entfernung des Fruchtsackes, die ja gar nicht notwendig ist.

Legueu beschreibt 4 Fälle, bei denen nach der vaginalen Totalexstirpation ein plötzlicher Schmerz in der Nierengegend sich in der rechten Seite mit Fieber entwickelte. Verminderung der Urinmenge. Erbrechen. Nach einigen Tagen Heilung, nach Abgang eitrigen Urins.

Thiéry gibt in einer Arbeit über Appendicitis zunächst den großen Schwierigkeiten der therapeutischen Beurteilung Ausdruck. Er selbst will sich nicht zu denen rechnen, die stets operieren, vielmehr will er Opportunist sein. T. teilt ein in:

1) Chronische Appendicitis (Appendikalgie). Bei sicherer Diagnose und mehrmonatiger Behandlung: Operation.

2) Sehr akute Appendicitis mit Perforation oder Gangrän: die Operation ist sofort zu machen. Heilung zweifelhaft.

3) Akute Appendicitis ohne Abszeß. Der Kranke wird beobachtet, Ruhe Eis, Diät. Operation am 4. oder 5. Tage.

4) Akute Appendicitis mit Entfieberung am 3. oder 5. Tage. Abwarten und in fieberfreier Zeit operieren, wenn der Anfall schwer war. War er leicht, so kann man warten. Kommt aber ein neuer Anfall, so ist zu operieren.

5) Akute Appendicitis, mit Fieberabfall und Verschwinden des lokalen Schmerzes, aber die Muskelsymptome und der schnelle Puls dauern an. Dieses Mißverhältnis zwischen Puls und Temperatur ist sehr wichtig. Der Kranke glaubt sich in der Heilung begriffen und geht dem Tode entgegen. Man muß deshalb operieren.

6) Appendicitis avec placard, mit entzündlicher exsudativer Schwartenbildung. Stets operieren, aber man kann etwas warten, bis die Adhäsionen fest geworden sind. Der Appendix soll daher nicht gesucht werden. In mehr als 100 Fällen sah T. eine Fistel bis 7 Monate bestehen, aber stets spontan heilen.

7) Sehr leichte Appendicitis (appendikuläre Kolik) Ruhe, Eis, Diät. Es wäre falsch, sofort zu operieren. Man soll erst nach mehreren Anfällen im fieberfreien Stadium operieren.

8) Appendicitis ohne Fieber. Man soll operieren, wenn der Anfall heftig war, und wenn mehrere Anfälle die Tatsache der Appendicitis bewiesen haben.

Ref. möchte bemerken, daß in der Literatur eine Unzahl von Einteilungen dieser Krankheit versucht und gegeben sind. Die Einteilungen sind hier deshalb so wichtig, weil man aus ihnen am besten die ganze Stellungnahme des Autors der Appendicitis gegenüber verstehen kann. Nun ist die Einteilung T.'s gewiß recht geschickt. Aber es ist doch Nr. 1 dasselbe wie 7 und 8! Diese drei Reihen von Fällen sind kaum zu trennen.

Und jeder Praktiker wird zugeben, daß, wenn man auch die Einteilungen sich noch schön merkte, gleich der erste Fall, den man wieder sieht, nicht streng in eine Rubrik paßt. Was in den extrem schweren und extrem leichten Fällen zu tun ist, wissen wir alle. Aber in den mittleren Fällen hat jeder die Wahl und die Qual. Dann entscheidet der Erfolg. Sehr richtig sagt aber der Verf., daß man hier wie überall sich mit seinem Entschluß nicht überstürzen soll. Fälle sind angeführt.

J. L. Faure schildert die abdominelle Hysterektomie, wie sie 1906 gemacht wird resp. gemacht werden soll. Operationssaal, Instrumente, Bauchinzision werden praktisch beschrieben. Als Prozentsatz der Heilungen heutzutage werden 95% angegeben.

Latteux berichtet über einen Fall von Cysten in einem Myom. Viele schöne mikroskopische Tafeln sind beigegeben. Verf. kennt die Literatur gut. Die mit Zylinderepithel ausgekleideten Cysten bezieht er auf das Rosenmüller'sche Organ und den Gärtner'schen Kanal, die Flimmerepithelcysten auf den Wolff-schen Körper. Diese Tumoren seien Adenomyome zu nennen. Merkwürdigerweise werden wohl »Wirchow« und zwei Seiten lang alle Autoren genannt, während v. Recklinghausen, der doch am ausführlichsten über diese Tumoren gearbeitet hat, nicht zitiert wird.

Cazenave gibt einen Bericht über 144 abdominale Hysterektomien mit 12 Todesfällen. Mortalität 8,31%.

Wallich sagt in einer Arbeit über die vermeintliche Menstruation während der Schwangerschaft: Es gibt kein physikalisches oder histologisches Charakteristikum für das Menstruationsblut. Man kann dies Blut von irgendeiner anderen

Blutung nicht unterscheiden. Das ist doch nicht so ausschließlich der Fall. Ich habe vor Jahrzehnten einmal derartige histologische Untersuchungen gemacht und gefunden, daß 24 Stunden nach Beginn der Menstruation in dem mit Kochsalzlösung stark verdünnten Blut auffallend viel Zylinder- und Plattenepithelien zu finden waren, was bei gewöhnlichem Blute nicht so der Fall ist.

W. zitiert eine große Anzahl namentlich älter Schriftsteller, die anführen, daß in der Schwangerschaft Menstruationen vorkommen. Er schließt aber mit dem Satz: Es gibt keine ernst zu nehmende Beobachtung von Menstruation in der Schwangerschaft. Blutungen kommen vor, aber sie entbehren des Charakters der Periodizität.

Die folgende Arbeit von Jayle behandelt sehr ausführlich unter Beigabe vieler Bilder die Kraurosis. Die Arbeit ist wohl die beste und ausführlichste, die jetzt über Kraurosis existiert. Sie muß deshalb von jedem, der über den Gegenstand arbeitet, studiert und gewürdigt werden. Verf. faßt den Begriff der Kraurosis sehr weit. Er teilt ein: 1) Kraurosis von Breisky: weiße, leukoplastische Kraurosis. 2) Syphilitische leukoplastische Kraurosis. 3) Entzündliche rote Kraurosis. 4) Entzündliche vaskuläre Kraurosis von Lawson Tait. 5) Follikuläre entzündliche Kraurosis. 6) Senile und präsenile Kraurosis. 7) Postoperative Kraurosis. Die Einteilung zeigt am besten, wie Verf. die Kraurosis auffaßt. Wir in Deutschland erkennen im allgemeinen als Kraurosis nur 1 und 6 an, die zusammenfallen. Die Arbeit hat auch deshalb einen hohen Wert, weil viele makro- und auch mikroskopische Tafeln, sowie Krankengeschichten die Ansichten Verf.s erläutern.

Proust: Fall von Hämaturie vesikalen Ursprunges in der Schwangerschaft. Durch Cystoskopie erkennt man Venendilatationen. Es werden drei Fälle angeführt. In einem wurde operiert. Für die Therapie wird Ansaugung der Blutgerinnsel, so oft als notwendig, empfohlen. Davor möchte ich doch warnen. Ich verlor auf diese Weise eine Pat. Die Blase blutete nach Aussaugung und Entleerung stets wieder voll, und schließlich starb die Frau an Verblutung. Der Sektionsbefund war negativ. In einem zweiten Falle habe ich die Blutcoagula ausgesaugt, mit Eiswasser 5 Minuten lang irrigiert, dann einen Permanentkatheter eingelegt, die Scheide tamponiert und das Abdomen oberhalb der Symphyse fest umwickelt. Dabei war interessant, daß der Urin sofort klar aus der Kanüle abfloß. Innerlich gab ich stündlich 3 Tropfen Liquor ferri in Wasser. Die Heilung war eine definitive.

Dartigues beschreibt ausführlich die Technik der gynäkologischen Laparotomie. Es werden alle vorbereitenden antiseptischen Maßnahmen, überhaupt alle technischen Einzelheiten der verschiedensten Operationsmethoden bei allen Indikationen genau geschildert, bis zur Bauchnaht. Jeder Operateur hat, trotz allgemeiner Übereinstimmung über die Hauptsachen, seine Eigenheiten. Es muß uns alle sehr interessieren, zu lesen, wie die Laparotomien sich bei unseren französischen Kollegen abspielen.

Loewy: Méthode des greffes péritonéales. Eignet sich nicht zum Referate.

Die Arbeit von Bender ist wie die über Kraurosis von Jayle eine gründliche und fleißige Abhandlung über Tuberkulose der Vulva. Schöne Tafeln sind beigegeben. Viele Beobachtungen wurden aus der Weltliteratur zusammengestellt.

Zimmern beschreibt die allerdings recht komplizierte Methode Medikamente durch Elektrizität in die Uterusschleimhaut einzuführen. Verf. hat Experimente bei Tieren gemacht. In Pozzi's Klinik ist versucht, die Methode beim Menschen zu gebrauchen, doch sind die Versuche noch nicht weit vorgeschritten.

Legueux beschreibt einen Fall von »Grossesse angulaire«, die zwischen der intra-uterinen und interstitiellen Schwangerschaft eine Zwischenstellung einnimmt, das Ei entwickelt sich in einem Uterushorn. Man findet nicht selten bei Aborten die Placenta in einem Uterushorn festgehalten. Ich möchte bemerken, daß auch nach rechtzeitigen Geburten die Inkarzeration eines Teiles der Placenta in einem Uterushorn zuweilen vorkommt, und zwar, was mir auffiel, zwischen ganz normal verlaufenden Geburten, so daß also eine eigentümliche Gestalt oder Mißbildung des Uterus gewiß nicht die Schuld trägt.

II.

Eingebildete Schwangerschaft bei einer 48jährigen Mehrgebärenden.

Von

Oberstabsarzt Dr. **Krummacher** in Wesel.

Während meiner Tätigkeit in Peking hörte ich immer wieder Klagen, daß das dortige Klima »so nervös mache«. Meines Erachtens kommen hierbei ganz andere Dinge in Betracht als das Klima; doch will ich darauf an dieser Stelle nicht eingehen. Die Tatsache ist wohl unbestreitbar, und so kann es nicht wundernehmen, wenn auch in der Genitalsphäre des öfteren eine starke Beteiligung des Nervensystems das klinische Bild beherrschte.

Ein hierhin gehöriger Fall ist der folgende:

Frau von 48 Jahren, Mutter von fünf Kindern. Frühere Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten nach Angabe der Pat. ohne Besonderheiten.

Bis zum August 1901 war die Periode stets regelmäßig. Im September blieb sie aus, im Oktober »zeigte sie sich nur schwach«. In den folgenden Monaten blieb sie wieder aus, im Januar »zur rechten Zeit« geringe Blutung. Ebenso im Februar einen Tag, dann bis zum Tage der Untersuchung, Mitte Mai 1902, nicht mehr. Gleichzeitig will Pat. eine Zunahme des Leibesumfanges, sowie der Hüften und der Brüste bemerkt haben; »die Röcke werden zu eng, die Kleider zu kurz«. Aus allen diesen Gründen nimmt Pat. schon lange an, wieder schwanger zu sein. Sie sei ihrer Sache um so sicherer, als sie seit ca. 8 Wochen »ganz deutliche Kindsbewegungen« gefühlt hat.

Befund: Kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustande, ohne irgendwelche krankhafte Veränderungen. Abdomen vorgewölbt, Umfang 85 cm. In der rechten Hälfte des Abdomens sehr lebhafte Zuckungen, die sich als solche besonders des Rectus abdominis erweisen; bei diesen ist deutlich die Kontraktion jeder einzelnen Partie zwischen den Inscriptiones tendineae fühl- und sichtbar; außerdem zuckt aber auch die schiefe Muskulatur der rechten Bauchhälfte. Unter der aufgelegten Hand beruhigen sich die Zuckungen; es läßt sich jetzt schon erkennen, daß der Umfang des Leibes lediglich auf Rechnung eines ziemlichen Panniculus zu setzen ist. Im übrigen ein Tumor weder durch Palpation noch durch Perkussion nachweisbar.

Kombinierte Untersuchung: Portio pilzförmig. Muttermund quer gespalten; Uterus vom vorderen Scheidengewölbe nicht vergrößert, fühlbar. Adnexe und Parametrien frei. In den Brüsten mäßig Kolostrum. Meine Erklärung, daß von einer Gravidität keine Rede sei, wurde mit ungläubigem Lächeln aufgenommen. »Sie wisse doch, wie man sich fühle, wenn man in anderen Umständen sei.« Dafür sei man doch schon fünfmal Mutter gewesen. Auch das Alter mache nichts aus; sie selbst, sowie ihre Mutter seien erst nach dem 45. Lebensjahre der betreffenden Mutter geboren worden — es sei das also in der Familie erblich. Es waren auch schon alle Vorbereitungen für den zu erwartenden Sprößling getroffen. Vielleicht werde das nun endlich ein Sohn.

Es handelt sich um eine körperlich gesunde, geistig hochgebildete Frau, an der besonders von Hysterie nichts zu ermitteln war. Doch »eben, wo Begriffe fehlen usw.« — und so wurde der Fall als »idiopathischer (choreatischer?) Krampf der Bauchmuskulatur bezeichnet.

Ernstem Zureden gelang es schließlich, die Dame zu überzeugen. Sie suchte auf meinen Rat ein Seebad in der Nähe auf, wo in kurzer Zeit — ohne besondere Behandlung — die Krämpfe in der Muskulatur schwanden.

Neue Bücher.

1) **O. Schaeffer** (Heidelberg). Kritik der Wehen erregenden Methoden und über die künstliche Muttermundserweiterung.
(Sammlung klinischer Vorträge, N. F., Nr. 414 Leipzig, **Breitkopf u. Härtel 1906.**)

Auf Grund exakter Beobachtungen und Untersuchungen des Wehenmechanismus kommt Verf. zu folgenden höchst bemerkenswerten Schlüssen: Der einfache Druck des unteren Eipoles ist es nicht, der die Geburtswehen anregt, er bewirkt nur im weiteren Verlaufe der Eröffnungsperiode die energischere Dehnung des Halskanales, vor allem die Erhaltung der einmal erreichten Erweiterung und endlich auch eine Steigerung des bereits sonstwie primär ausgelösten Wehenmechanismus. Physiologischerweise sind es Vorgänge vasomotorischer Art, die den letzteren auslösen. Und zwar verlangt der normale Wehenmechanismus eine längere vasomotorische und motorische Übertragung auf die Fundusmuskulatur. Durch den auf den inneren Muttermund gesetzten Druckreiz wird automatisch einerseits eine Auseinanderziehung und Erschlaffung des inneren Muttermundes, andererseits ein gleichzeitiges Auseinanderweichen und Aufwölben der gesamten Korpusmuskulatur verursacht. Dabei kommt durch die eigenartige Anordnung der Muskelfasern ein mittlerer Tonus zustande, der durch den im ganzen Cavum weitergesteigerten Druckreiz bis zur völligen Funduskontraktion gebracht wird. Es wird dabei die vasomotorische kongestive Innervation des Uterus durch die Cervicalganglien zwar eingeleitet, aber erst durch die Reizung der Korpusganglien zur Konstanz und Kulmination gebracht. Zwischen Fundus- und Colluminnervation besteht ein gewisser »aktiver Antagonismus«, insofern die auf den Fundus wirkenden Plexus hypogastrici die Kontraktion anregen und die Blutzirkulation mindern, die N. sacrales dagegen auf die Cervix erweiternd und hyperämisierend wirken. — Bei alleiniger Dilatation und alleiniger Reizung des inneren Muttermundes ist die Zunahme der kongestiven Hyperämie nicht konstant, und ebenso erfolgt dabei keineswegs immer eine Funduskontraktion. In frühen Stadien der Schwangerschaft, sowie bei pathologischer Beschaffenheit des Uterus (Überdehnung, Cervicitis, Myometritis, Parametritis post., Hyperästhesie usw.) bleibt ebenfalls bisweilen die Erregung der Funduskontraktionen und die vasomotorische Auflockerung aus. Die Reizung der Cervicalganglien wird in diesen Fällen nur lokal und übermäßig motorisch beantwortet. Es tritt darum ein Spasmus des inneren Muttermundes ein, wie er z. B. auch bei forcierter Erweiterung des inneren Muttermundes auftreten kann. Erkennbar sind diese Spasmen für den Praktiker an

dem atypischen Verlauf der Wehenlokalisation. Normalerweise werden die Vorwehen in der Regio umbilicalis, sowie suprasakral mit Ausstrahlungen in das Ischiadicusgebiet empfunden, die Eröffnungswehen in den Regiones hypogastrico-inguinales et montis veneris, ferner suprasakral mit Ausstrahlungen in den Rücken und die Schenkel, sowie gegen Ende in der Analregion, und schließlich die Nachwehen meist in der sakro-coccygeoanalen und femoralen Region. Erstere entsprechen mehr der Lokalisation der Innervationssphäre des Fundus, letztere der der Cervix. Außer Störungen dieses typisch lokalisierten Wehenschmerzes findet sich häufig bei Spasmen verspäteter Blasensprung. Eine Änderung der Lage hat hier bisweilen überraschenden Erfolg.

Diese Überlegungen und Wahrnehmungen zeigen, wie wichtig es bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist, den Reiz stets so zu applizieren, daß neben dem inneren Muttermund auch der Fundus uteri betroffen wird. Verf. empfiehlt darum zunächst Wechselduschen, dann Einlegen von Bougies, welch letztere Methode durch Auswechslung oder Vermehrung der Bougies, den Blasensprung und innerliche Darreichung von Chinin (0,2—0,5 1—3 stdl.) gesteigert werden kann. Auch die Metreuryse ist empfehlenswert, besonders nach schon begonnener Wehentätigkeit, und zwar bei Lagerung des Ballons oberhalb des inneren Muttermundes und Zugapplikation. Die Metreuryse kann auch mit Bougierung kombiniert werden. — Vor dem vierten Schwangerschaftsmonat empfiehlt sich die Einleitung des künstlichen Abortes mittels langer Laminaria (8—10 cm) mit folgender Ausräumung. Die forcierte Dilatation des unentfalteten inneren Muttermundes kann in zweckmäßiger Weise nur durch Schnitt geschehen.

Michel (Koblenz).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenanstalten.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 15. Juni 1906.

Vorsitzender: Herr Keller; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

I. Die Herren Heyden und Thamm werden zu Kassenrevisoren ernannt.

II. Demonstrationen.

1) Herr Bröse: Hernia ovarii inguinalis.

Bei der Operation eines irreponiblen Leistenbruches fand B. in dem gegen die Bauchhöhle vollkommen abgeschlossenen Bruchsacke, der sich entfernen ließ, ohne daß die Bauchhöhle eröffnet wurde, ein fast walnußgroßes, abgeschnürtes Ovarium und das 3 cm lange, abgeschnürte abdominale Ende der Tube.

2) Herr Flaischlen legt folgende Präparate vor:

a. Beginnendes Portiokarzinom. 30jährige Frau. Halbmondförmiges Ulcus an der hinteren Lippe bei intakter Cervix. Mikroskop (Herr Carl Ruge): Beginnendes Karzinom neben Erosionen. Vaginale Exstirpation; Heilung. Mutter der Pat. mit 39 Jahren an Uteruskarzinom gestorben.

b. Ovariotomie in der Schwangerschaft. Kindskopfgroßer Ovarialtumor bei 21jähriger Pat. im 6. Monate der Gravidität. Ovariotomie. Rekonvaleszenz fieberfrei, kompliziert durch Parotitis, welche, am 3. Tage nach der

Operation auftretend, 3 Wochen andauerte. Wahrscheinlich epidemische, nicht sympathische Parotitis. F. hat sechs Ovariotomien in der Gravidität bis jetzt ausgeführt.

c. Malignes Adenom, in Karzinom übergehend, in myomatösem Uterus. 56jährige Frau, seit einigen Wochen blutiger Ausfluß. Abrasio. Mikroskop (Herr Carl Ruge): Malignes Adenom, in Karzinom übergehend. Vaginale Exstirpation des großen Uterus, technisch erschwert durch vorherige notwendige Enukleation mehrerer Myome. Auf dem Durchschnitte des Präparates submuköses Myom, die Uterushöhle ausfüllend. Schleimhautüberzug desselben malign entartet, ebenso Schleimhaut der gegenüberliegenden Uteruswand. Vielleicht hat der Druck des Myoms den Reiz zur Entwicklung des Karzinoms abgegeben. Lamellenbildung der Muskelfasern um die Myome.

d. Diffuse fibromatöse Degeneration des Uterus. Vaginale Exstirpation wegen profuser Blutungen.

Diskussion. Herr Olshausen nimmt in dem Falle von Parotitis wegen der Fieberlosigkeit und der mangelnden Eiterung eine sympathische Parotitis an.

Für den Fall von Korpuskarzinom des myomatösen Uterus ist ihm die Annahme der Abhängigkeit des Karzinoms von dem Myom durchaus wahrscheinlich wegen der großen Häufigkeit des Carcinoma corporis bei Myom.

Herr Flaischlen erwidert Herrn Olshausen, daß die Fälle von Möricke meist vereitert waren. Es ist für F. von großem Interesse, daß Herr Olshausen doch eine sympathische Entstehung in diesem Fall annimmt.

Herr Bab zeigt im Anschluß an die Demonstration des Herrn Flaischlen ein Präparat aus der Sammlung der Frauenklinik der Charité als Beitrag zur Frage der Kombination von Myom und Karzinom.

Die 46jährige Frau starb 3 Tage nach der wegen fortgeschrittenen Cervixkarzinoms vorgenommenen abdominalen Totalexstirpation.

Der Gebärmutterhals ist vollständig vom Karzinom eingenommen, das sich makroskopisch als Cancroid erweist, teilweise aus sehr großen blasigen Zellen bestehend und vielfach Hornperlenbildung aufweisend. Das Corpus uteri ist von einem ziemlich großen solitären Kugelmyom eingenommen, das schon makroskopisch wegen seiner unscharfen Begrenzung und wegen seiner Struktur den Verdacht auf ein Adenomyom erweckte. In der Tat enthält es zahlreiche Drüsenschläuche, die von kernreichem, spindelzelligem Bindegewebe, einem sog. cytogenen Keimgewebe, umgeben sind. Letzteres hat Opitz für die Entwicklung der Adenomyome verantwortlich machen wollen, während Pick es zum Beweise für die Genese der Drüsen aus dem Korpusabschnitte des Müller'schen Ganges heranzog.

Die Kombination von Korpusmyom und Cervixkarzinom ist ja relativ häufig; gegen die Zufälligkeit der Kombination von Myom und Karzinom am Uterus spricht jedoch das hierbei bedeutende Überwiegen des Korpuskarzinoms. Winter zählt unter 36 Fällen derartiger Kombination 23 Fälle von Korpuskarzinom, während man doch ein Überwiegen des Cervixkarzinoms erwarten müßte.

Das Myom, das hier im Corpus uteri saß, war noch deswegen interessant, weil vereinzelte Drüsen malignen Charakter trugen, so daß hier die sehr seltene Kombination eines Cervixcancroides mit einem karzinomatös entarteten Adenom des Korpus vorlag.

Herr Flaischlen will einem Mißverständnis vorbeugen. Er hat nicht behauptet, daß der Druck eines Myoms stets Karzinome erzeuge. Es liegt ihm fern, den Fall C. zu generalisieren. Aber in diesem speziellen Falle liegt die Vermutung nahe.

Herr Koblanck zeigt ein Präparat von multiplen Myomen und malignem Adenom.

Herr Amos: a. Malignes Adenom und Myom.

A. glaubt, daß in diesem Falle Druck des Myoms nicht die Veranlassung zur Entstehung des Karzinoms sein konnte, da das Karzinom in polypöser Form in das Uteruscavum hineingewachsen ist (es handelte sich nach dem Befunde nicht etwa um einen karzinomatös veränderten Schleimhautpolypen).

b. Cystisches Adenomyom.

Hühnereigroße Cyste der Uteruswand direkt unter dem Abgange des rechten Lig. rotundum. Die 3 mm starke Wand mit zahlreichen konzentrisch angeordneten Muskelfasern. Auskleidung schönes Zylinderepithel. In der aus der Uterusmuskulatur mitausgeschnittenen Basis der Geschwulst zahlreiche epitheliale Schläuche.

Herr Strassmann möchte die Theorie, daß ein längere Zeit in den Uterus hineinragendes submuköses Myom Veranlassung zur Karzinombildung gebe, nicht ganz von der Hand weisen. Er erinnert an die Karzinome nach Gallensteinen, sowie an ein von Herrn Lehmann früher hier gezeigtes Präparat. Natürlich kommen zu den mechanischen Momenten des Druckes oder der Schleimhaut noch andere uns bisher unbekannte Dinge hinzu.

Herr Koblanck bezweifelt das Zustandekommen des Karzinoms durch bloßen Druck.

3) Herr P. Strassmann: a. 24 Myome von Apfel- bis Hanfkorngröße bei einer 35jährigen Pat. vaginal mit Erhaltung des Uterus enukleiert.

Lappenschnitt mit Verlängerung nach hinten beiderseits um die Portio herum. Der Uterus wurde nach der Enukleation zurechtgestutzt und wieder in eine birnenförmige Gestalt gebracht. Drainage durchs vordere und hintere Scheidengewölbe. Glatter Verlauf. Entlassung nach 3 Wochen. Regelmäßige Menstruation.

b. Überkindskopfgroßes subligamentäres Cervixmyom, vaginal ohne Eröffnung des Peritoneums enukleiert.

49jährige Frau. Kompression der Blase, Spaltung der Portio und des rechten Scheidengewölbes, Verkleinerung mit dem Zentralbohrer, Entfernung mittels Korkziehers und Myomschälers.

Lig. latum invertiert, aber nicht eröffnet. Keine Gefäßunterbindung. Höhle tamponiert bis zum 9. Tag. Entfernung der Gaze. Glatte Heilung. Uterus saß der Geschwulst in Nabelhöhe fühlbar auf. S. schlägt vor, in derartigen Fällen vaginal zu enukleieren, statt die bisher geübte abdominale Totalexstirpation zu machen.

c. Apfelgroßes Myom der Scheide bzw. des Septum recto-vaginale.

d. Konkrement aus der Tube, zufällig gelegentlich der Entfernung einer Tuboovarialcyste bei chronischer Peritonitis gefunden. Vor einigen Monaten Blinddarmentzündung. Am Appendix nur Entzündung und Verwachsung; keine Zeichen früherer Perforation, die vermuten lassen könnte, daß etwa ein Kotstein in die Tube gelangt sei. Phlebolith ausgeschlossen. Möglich, daß es sich um eine alte ausgeheilte Tuberkulose handelt und der Stein ein verkalktes tuberkulöses Produkt ist.

Diskussion. Herr Bröse hält es nicht für unbedenklich, so zahlreiche Myome zu enukleieren und den Uterus zu erhalten, ohne die Frau zu sterilisieren. Er fürchtet, es könne, falls die Frau schwanger wird, in dem von Narben durchsetzten Uterus bei der Geburt eine Ruptur eintreten. Kalkkonkremente in der Tube finden sich nach ausgeheilter Tuberkulose.

Herr Olshausen will im allgemeinen vor der vaginalen Enukleation der intraligamentären Myome warnen wegen der Unkenntnis der Lage des Ureters in solchen Fällen.

Herr Heinsius berichtet über einen ähnlichen Fall von Myomenukleation, wie Herr Strassmann beschrieben. Überkindskopfgroßes, bis 2 Finger unter den Nabel reichendes Myom. Enukleation desselben vom hinteren Scheidengewölbe aus ohne Verletzung des Peritoneums und des Uterus. Drainage. Glatte Heilung. Es wird betont, daß auch die Scheidenoperationen unter Leitung des Auges gemacht werden können und die Gefahr der Ureterverletzung keine größere als bei Laparotomien ist. Im übrigen muß bei der operativen Behandlung der Myome hinsichtlich der Operationsmethode individualisiert werden. Fälle von Schwangerschaft nach Myomenukleation sind bekannt. Der hohe Wert der konservativen Myomotomie kann durch die Gefahr einer event. Uterusruptur bei eintretender

Gravidität nicht herabgesetzt werden. Naturgemäß müssen solche Kranke auch weiter in spezialärztlicher Beobachtung bleiben.

Herr Strassmann (Schlußwort): Bei der Pat. mit den 24 Myomen hatte S. nur auf 3—4 gerechnet. Er erwähnt noch, daß keine Ausschabung gemacht wurde, um die Schleimhaut intakt zu halten und die Eröffnung des Cavums zu vermeiden. Denn wenn auch das Cavum, was nicht ganz sicher festzustellen war, eröffnet wäre, so hält S. die Gefahr der Uterusruptur doch für gering und will diese Möglichkeit in Kauf nehmen, wenn die hier aus äußeren Gründen sehr erwünschte Konzeption noch zustande kommt.

Die vaginale Exstirpation des Cervixtumors wurde vollkommen unter dem Auge vorgenommen. Beim abdominalen Verfahren liegt der Ureter mehr in der Tiefe als bei vaginalem Verfahren. Es erfordert natürlich auch hier jeder Strang eine sorgfältige Berücksichtigung.

III. Diskussion zum Vortrage des Herrn Stoeckel.

Herr Ringleb: Die Cystoskopie bei Luftfüllung der Blase ist von Nitze stets verworfen. Weder bei Kommunikationen der Blase mit benachbarten Organen, noch bei reizbaren Geschwüren, geschweige denn bei der Tuberkulose bietet sie irgendwelche Vorteile, im Gegenteil nur Nachteile. Auch die Sichtbarmachung des in Knie-Brustlage der Pat. von oben nach innen und unten herabstürzenden Urins bei Luftfüllung bedeutet, obwohl ein interessantes Schaustück, keinen Vorteil für die cystoskopische Technik. Um dieses Ziel zu erreichen, gibt es bessere Methoden, die vor allem charakteristische Merkmale des herausströmenden Urins deutlicher erkennen lassen, da bei Flüssigkeitsfüllung jede unangenehme Reflexwirkung fehlt. Die Knie-Brustlage ist nebenbei schwerer durchzusetzen als eine horizontale Bauchlage.

Herr Koblanck regt die Frage an, ob die Knie-Ellbogenlage bei der Cystoskopie mit Luftfüllung der Blase notwendig ist.

Herr Knorr hat bereits früher gelegentlich die Cystoskopie in der mit Luft gefüllten Blase ausgeführt; seit einiger Zeit jedoch, einer Anregung von seiten Stoeckel's folgend, dieselbe häufiger angewendet. Es empfiehlt sich diese Methode in den Fällen, wo die Anfüllung mit Wasser auf Schwierigkeiten stößt, z. B. bei Fisteln, auch dann, wenn man eine Lokalbehandlung zirkumskripter Teile der Blasenwand unter Leitung des Auges mittels des Ureterenkatheters (Injektion konzentrierterer Flüssigkeiten) ausführen will; ferner zur Demonstration der Ureterfunktion, wie sie dem Vortr. ausgezeichnet gelang.

Außer der Knie-Ellbogenlage läßt sich auch Rückenlage oder Seitenlage anwenden, jede dieser Lagen hat Vorteile, aber auch gelegentlich Nachteile. Bei Rückenlage muß die Luft mittels Spritze injiziert werden.

K. stimmt im Gegensatz zu den Ausführungen Ringleb's mit Stoeckel bezüglich des Wertes der Luftcystoskopie überein. Dieselbe kann und soll durchaus nicht die viel leistungsfähigere Wassercystoskopie ersetzen, wohl aber stellt sie eine für gewisse Ausnahmefälle wertvolle Bereicherung unserer cystoskopischen Methoden dar, für deren Ausbildung wir Herrn Stoeckel Dank schulden.

Herr Stoeckel (Schlußwort): Die Ausführungen des Herrn Ringleb beweisen, daß er den Vortrag gänzlich mißverstanden hat. Die Demonstration bezweckte, einer beliebig großen Anzahl den aus dem Harnleiter hervorschießenden Urinstrahl so deutlich zu zeigen, daß auch für Laien jeder Kommentar überflüssig ist. Das ist vollkommen gelungen. Bei Besprechung der Indikationen ist der Hauptwert auf große Blasen-Scheidenfisteln gelegt worden, über die Herr Ringleb wohl nicht die genügende Erfahrung besitzt. Tatsächlich ist die Cystoskopie bei großen Fisteln nur mit Luftfüllung bei gleichzeitiger Scheidentamponade durchzusetzen. Das gleiche gilt von der Incontinentia urethrae. Bei Tuberkulose wurde ein befriedigender Versuch gemacht; selbstverständlich dürfen deshalb die Indikationsgrenzen der Cystoskopie bei Tuberkulose nicht erweitert werden. Der Vorwurf, daß der Vortrag eine Diskreditierung der klassischen Methode von Nitze bedeutet, ist gänzlich haltlos und bedarf nach der Stellung, die S. zu der Nitzeschen Cystoskopie einnimmt, keiner Widerlegung. Es ist vielmehr im Nitze-

schen Sinne, durch geeignete Modifikationen die Leistungsfähigkeit der Cystoskopie zu erhöhen. Daß Nitze's Versuche mit der Luftfüllung schlechte Resultate gaben, lag an der Verwendung des Verfahrens in Steiß-Rückenlage. Dabei mischt sich der aus den Ureteren abfließende Harn mit der eingepumpten Luft zu einem Gemische, das das Bild verschleiert. Eine wesentliche Einschränkung des Uretrekatheterismus, wie Herr Koblanck meint, wird von S. auch nicht beabsichtigt. Wer nicht cystoskopieren kann, soll Luftfüllung nicht anwenden; wer die cystoskopische Technik kennt, soll mit der Kritik über das Verfahren der Luftfüllung solange zurückhalten, bis er es angewendet hat, soll aber mit großer Vorsicht an dasselbe herangehen, um keinen Schaden zu stiften.

IV. Herr Bröse: Zur Pflege der Bauchdecken nach der Entbindung, nebst Demonstration einer Wochenbettbinde[1].

Die Bandagierung des Leibes der Wöchnerinnen nach der Entbindung hat sich in Deutschland noch immer nicht so eingebürgert, wie sie in England und Amerika schon seit langer Zeit systematisch geübt wird, obwohl den Erschlaffungen der Bauchmuskulatur und ihren Folgekrankheiten hierdurch sicher vorgebeugt werden kann. Die Erschlaffung der Bauchdecken tritt in zwei Formen auf. Einmal kann die gesamte Bauchmuskulatur erschlafft sein, die zweite Form ist die dauernd bestehen bleibende Diastase der Recti und endlich die Ausbildung eines Bauchbruches. Am schlimmsten sind die Fälle, in denen der Bauchbruch sofort nach der Entbindung da ist. Diese bedürfen bei der Bandagierung einer ganz besonderen Behandlung.

Als Wochenbettbinde ist sehr zu empfehlen eine unter dem Namen »Idealbinde« in dem Handel befindliche, welche B. in der Breite von 25 cm (bei großen Frauen 30, bei kleinen 20 cm) durch einen Berliner Bandagisten[2] herstellen ließ. Der Stoff, eine Art Krepp, ist elastisch, porös, luftig, schmiegt sich der Körperform an und verschiebt sich nach dem Anlegen nicht.

Die Bandagierung muß sofort nach der Beendigung der Nachgeburtsperiode geschehen. Bei Bestehen einer starken Diastase der Recti oder gar eines Bauchbruches sind die Recti beim Bandagieren durch Hineindrücken von großen Wattebäuschen in den Bauch neben dem äußeren Rande der beiden Muskeln aneinander zu bringen.

Wöchnerinnen, die an starker Erschlaffung der Bauchdecken leiden, müssen 4—6 Wochen das Bett hüten. Nach dem Aufstehen müssen sie noch einige Monate eine vom Bandagisten angefertigte Leibbinde tragen. Auch in den Gebäranstalten müssen die Wöchnerinnen bandagiert werden, und wenn sie an starker Erschlaffung der Bauchdecken leiden, länger als jetzt üblich ist, das Bett hüten.

---

3) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 20. Februar 1906.

Vorsitzender: Chrobak; Schriftführer: Blau.

I. Weinlechner: Harnsteine und Fremdkörper der weiblichen Harnblase. (Demonstration.)

Diskussion. Fabricius: Ich möchte anschließend an den Vortrag bemerken, daß ich vor Jahren Gelegenheit hatte, einen Fremdkörper in der Blase zu finden. Bei der betreffenden Pat. war die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt worden. Einige Monate später kam dieselbe mit Blasenbeschwerden wieder. Ich entdeckte damals in der rechten Seite der Blase einen kleinapfelgroßen Stein. Nach Dilatation der Urethra machte ich rechts und links je eine kleine Inzision, so daß man Hegar Nr. 15 einführen konnte; ich ging dann mit der Kornzange ein und versuchte den Stein zu fassen. Als ich den Stein mit der Zange faßte, bröckelte er ab, und hinter demselben kam ein Tupfer zum Vorschein, der in der

---

[1] Die ausführliche Arbeit erscheint in der Berliner klin. Wochenschrift.

[2] Siebicke, Oranienburgerstr. 27, Berlin N.

Bauchhöhle zurückgeblieben war und im Laufe der Zeit in die Blase einwanderte. Der Verlauf war ein glatter.

Halban: Die Ausführungen Weinlechner's haben großes historisches Interesse, denn damals war die Extraktion der Fremdkörper noch eine sehr schwierige. Diese Methoden sind heute bereits obsolet geworden. Jetzt macht man dies unter Leitung des Cystoskops in bequemer Weise. Ich habe hier in unserer Gesellschaft einen Fall gezeigt; es handelte sich um eine Haarnadel in der Blase, welche inkrustiert war. Ich extrahierte sie mit Hilfe des Cystoskops. Einen zweiten Fall ging ich in der Klinik an, in dem es sich um eine Sicherheitsnadel in der Blase handelte, und die ich mit Hilfe des Cystoskops leicht entfernen konnte. Ich frage nun, was für Resultate Weinlechner nach der Dilatation nach Simon in bezug auf den Sphincter vesicae hatte?

Weinlechner: Alle Fälle genasen und waren kontinent. Eine einzige Pat. mußte ich nachträglich wegen Inkontinenz operieren, und auch diese genas. Was die Diagnose der Steine anlangt, so findet man sich leicht zurecht; jedenfalls ist es besser, wenn man ein Cystoskop besitzt. Wir mußten uns viele Mühe geben und haben doch manches zuwege gebracht, wenn auch die damaligen Behelfe weit hinter denen der Jetztzeit zurückgeblieben sind.

II. Krauss (als Gast): Beiträge zur Behandlung von Beckeneiterungen.

Bei akuten peritonitischen Prozessen post partum und abortum empfiehlt Ref. das von Moosbrugger bei Appendicitis vorgeschlagene Verfahren, die innerliche resp. bei Erbrechen rektale Darreichung einer 1%igen wäßrigen Collargollösung. Er verschreibt: Rp. Collargol 1,0 : 100,0, stündlich ein Eßlöffel oder 2mal täglich 50 g per rectum. Als Wirkung dieser Medikation spricht er die in seinen Fällen (6) eingetretene Lösung der entzündlichen peritonealen Erscheinungen, die Aufhebung der Darmlähmung, den Abgang von massenhaften Winden und dünnbreiigen, schwarz gefärbten, massigen Stuhl an. In zwei seiner Fälle, die er direkt als puerperale Sepsis anspricht, Schüttelfröste, Fieber bis 40,5 resp. 41,3, Meteorismus, Darmlähmung, Brechreiz, sei auf die angegebene Medikation der Zustand zurückgegangen, im zweiten Falle zwar am 2. Tage nach Schüttelfrost Temperaturanstieg bis 38,2 eingetreten; in beiden Fällen nach Aussetzen der Medikation am 4. Tage derselbe Zustand in seinem ganzen beängstigenden Umfange wieder eingetreten, um auf dieselbe Medikation wieder zurückzugehen. Die Pat. bezeichnen das Mittel als Laxans, nehmen es wegen des schlechten Geschmackes nicht gern.

Bei subakuten Fällen von Beckenentzündungen (Para- und Perimetritis, Salpingitis, Salpingo-Oophoritis, Perisalpingo-Oophoritis usw.) hat Ref. ein Spülverfahren in Anwendung gezogen, das ihm bei diesen gegen höhere Temperaturen, Druck, Massage, Heißluft usw. im angegebenen Stadium mit Fieber, eitrigem Durchbruch und anderen unangenehmen Erscheinungen reagierenden Zuständen als Indikator für die Behandlungsart, resp. die zu wählende Badetemperatur gute Dienste leistete. Es wurden im einschlägigen Falle 1—2 Liter Wasser ohne Druck (35 cm Höhe) durchgespült. Begonnen wurde mit 26½° R und solange um ½° R täglich gestiegen, bis sich eine Reaktion zeigte. Die Reaktion besteht in Frösteln, vermehrten Schmerzen, Temperatursteigerung über 37° R. Bei vorsichtigem Verfahren ist diese Reaktion am nächsten Tage abgeklungen. Die sich aus mehreren Hunderten solcher Spülversuche ergebenden Folgen waren:

1) In vielen Fällen tritt Reaktion bereits unter der indifferenten Körpertemperatur auf.

2) Infolge der Druckwirkung des Bades, welche die Resorption beschleunigt, empfiehlt es sich erfahrungsgemäß bei Wasser- resp. Mineralbädern 0,3° R kühlere Bäder zu verabfolgen, als nach dem Spülversuch zulässig erscheint, und 1° R kühlere bei Anwendung von Moorerde (also bei Reaktion bei 30° R ist die letztvertragene Temperatur 29,5°, die Badetemperatur des höchst zulässigen Wasserbades 29,2°, des Moorbades 28,5° R).

3) Bei dieser Art Behandlung zeigt es sich, daß Parametritiden verhältnis-

mäßig rasch bis zur Temperaturverträglichkeit von 29—30° R gelangen; auf dieser Höhe bleiben sie lange stehen.

4) Perimetritiden und Salpingitiden (Pyosalpingitiden?) schienen Ref. in Pyrawarth balneotherapeutisch nicht beeinflußbar; in Baden konnte er konstatieren, daß bei Salpingitiden die Reaktion bei 26½—27° R sehr lange stehen bleibt; hat man einmal 28° R erreicht, dann geht es rascher vorwärts. Als Grund des Umstandes, daß er in Pyrawarth bezüglich dieser Krankheit mit seinen balneotherapeutischen Versuchen Fiasko machte, gibt Ref. die Unmöglichkeit an, in offener oder geschlossener Badeanstalt mit Sicherheit die vorgeschriebene Temperatur zu erzielen; speziell bei kühlen Temperaturen, die von den Pat. nicht goutiert werden, ist die Schwierigkeit unüberwindlich. Die Badener Bäder sind Bassinbäder, die als solche kühle Temperaturen leicht erträglich machen, naturwarm und temperaturkonstant und ermöglichten durch diese Eigenschaften Ref. die Ergänzung seiner Befunde nach dieser Richtung hin.

5) Adnextumoren stehen in ihrem Verhalten in der Mitte zwischen den oben beschriebenen Typen; eine Regel läßt sich für sie nicht aufstellen; sie reagieren individuell verschieden.

6) Ref. hat Anfangsreaktionen noch bei 30½ und 31½° R gesehen; er faßt den Fall als aus dem subakuten Stadium in das chronische getreten auf, wenn bei 33° R keine Reaktion mehr auftritt, möchte sich aber mangels ausreichenden Versuchsmateriales bezüglich dieses Punktes ein abschließendes Urteil noch vorbehalten.

Schließlich behauptet Ref., daß die bisherigen unbefriedigenden Resultate bei der Behandlung der subakuten Beckenentzündungen und -eiterungen auf dem Mangel fester Indikationen bezüglich der anzuwendenden Maßnahmen zurückzuführen seien und verweist auf seine eigenen in Baden nach den oben angeführten Grundsätzen behandelten Fälle.

---

4) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Mai 1906.

Präsident: Prof. Kouwer.

Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Slingenberg demonstriert einen 9160 g schweren myomatösen Uterus mit Stieltorsion, durch Laparotomie mit glattem Verlauf entfernt.

39jährige Frau; vor 8 Jahren Tumor vom Hausarzte diagnostiziert, der vor jedem operativen Eingriffe warnte.

Allmähliche Zunahme des Abdomens, Schmerzen rechts, Menses immer spärlicher und unregelmäßig. Pausen bis zu 3 Monaten.

Vor einigen Wochen plötzlich auftretender heftiger Schmerz mit Bewußtlosigkeit.

Bei der Aufnahme in die Klinik (Treub) zeigte Pat. einen enorm vergrößerten Unterleib bei übrigens starker Abmagerung und ausgesprochener Facies ovarica. Der bis zum Rippenbogen reichende Tumor zeigte weichelastische Konsistenz; nach hinten links war ein vergrößertes Ovarium zu fühlen, rechts dicke Stränge. Uterus nicht deutlich zu fühlen. Diagnose: Ovarialtumor.

Bei der Operation stellte sich heraus, daß es sich um ein stark ödematöses Myom handelte, das den Uterus gegen die Cervix um 180° torquiert hatte; die dicken Stränge waren fingerdicke Venen; die rechten Adnexe lagen links, die linken rechts. Zurückdrehen des Tumors um 180°, supravaginale Amputation, an welche die Exstirpation der Portio und des Appendix, er verdächtig aussah, angeschlossen wird.

Mendels fragt, ob die abnorme Weichheit des Tumors durch Stauung oder durch sarkomatöse Degeneration zu erklären sei.

Slingenberg bemerkt hierzu, daß der Tumor noch nicht mikroskopisch untersucht ist, daß es sich aber aller Wahrscheinlichkeit nach nur um Stauung handelt.

Kouwer meint, daß die in diesem Falle bestehende Amenorrhöe wohl ihren Grund in der starken hydropischen Schwellung der Ovarien finden könnte.

Slingenberg: Sollte durch den Reiz der Ovarien nicht eher eine verstärkte Menstruation hervorgerufen werden?

Kouwer: Das ist nicht immer der Fall. Viele Ovarialkrankheiten setzen mit Amenorrhöe ein.

Mendes de Leon: Ein Fall von Nachblutung bei vaginaler Uterusexstirpation.

Am 29. Dezember v. J. nahm M. wegen Portiokarzinom eine vaginale Totalexstirpation mit Klemmen vor. Nach zweimal 24 Stunden entfernte er die Klemmen, trotzdem eine unbedeutende Nachblutung bestanden hatte. Am 7. Tage bekam die Pat. eine abundante Nachblutung, die bis zur Pulslosigkeit und zum Kollaps führte. Auf kräftige Tamponade stand die Blutung, und der weitere Verlauf blieb ungestört.

Es ist dies der erste Fall von Nachblutung, die M. bei der Klemmenmethode, die er bisher mit Vorliebe anwendete, erlebt hat. Er nimmt an, daß es sich um Infektion mit Arrodierung einer größeren Arterie handelte; und meint, daß diese Gefahr bei Klemmen größer ist als bei Ligatur.

Die vaginale Operation bei Carcinoma uteri ist in der letzten Zeit in den Hintergrund getreten. M. findet, daß darüber noch lange nicht das letzte Wort gesprochen ist. Diese seine Erfahrung erregt ihm Zweifel, ob die vaginale Operation mit Klemmen oder mit Ligaturen den Vorzug verdient.

Slingenberg hält die abdominale Methode für besser und weniger eingreifend. Der Nachteil der vaginalen Methode liegt darin, daß das Peritoneum nicht abgeschlossen wird und stets eine lokale Peritonitis an der Stelle auftritt, wo der Tampon liegt. Will man das Peritoneum mit Ligaturen abschließen, so verliert man dadurch zuviel Zeit.

Stratz benutzt im Gegensatz zu Mendes de Leon bei der vaginalen Totalexstirpation fast ausschließlich Ligaturen. Er hat die Operation mit Klemmen ganz aufgegeben, weil

1) die Pat. sehr heftige Schmerzen danach haben,
2) man nicht so übersichtlich operieren kann,
3) man nicht so sicher ist vor Nachblutung.

Bei Abschluß des Peritoneums ist der subjektive Zustand sehr viel besser; in der Regel genügen hierzu drei Nähte, so daß man nicht viel Zeit damit verliert. S. hat nur einmal im Jahre 1888 (als die Klemmen noch nicht gebraucht wurden) bei weichem, karzinomatösem Parametrium mit Ligaturen eine Nachblutung gehabt, die den Tod der Pat. nach sich zog.

Zu einer gewöhnlichen Totalexstirpation braucht S. durchschnittlich 12 bis 14 Ligaturen und operiert 25 bis 30 Minuten. Der Zeitverlust bei Ligaturen statt Klemmen stellt sich nicht höher als höchstens 5 bis 10 Minuten.

Im Gegensatz zu Slingenberg hält S. die vaginale Operation für weniger eingreifend und weniger gefährlich. Seine Pat. können meist schon am 8. Tage aufstehen.

Pompe van Meerdervoort fragt, ob es sich in dem Falle von Mendes de Leon nicht doch um eine bei der Operation selbst nicht gut versorgte Arterie handeln könne. Die Blutung trat doch sofort nach der Operation zutage.

Kouwer bemerkt, daß Mendes de Leon sich irrt, wenn er sagt, daß das Interesse der Gynäkologen für die vaginale Totalexstirpation abgenommen habe. Selbst Wertheim räumt ihr noch ein großes Gebiet ein, hauptsächlich weil der subjektive Zustand der Operierten so viel besser ist als nach Laparotomie. Ob, wie Mendes de Leon meint, ein septischer Prozeß bei Ligaturen eher vermieden werden kann als bei Klemmen, erscheint K. sehr fraglich; in beiden Fällen wird nekrotisches Gewebe gebildet. Die Nachblutung ist er, ebenso wie Pompe van Meerdervoort, eher geneigt, auf ungenügende Abklemmung einer Arterie zurückzuführen. An Slingenberg, als Assistenten von Treub, stellt K. die Frage,

woher er denn Erfahrungen über abdominale Krebsoperationen habe, da doch Treub mit ihm verabredet habe, prinzipiell nur vaginal zu operieren?

Slingenberg sagt, daß nur ausnahmsweise einmal laparotomiert werde, daß er aber hier nur seine persönliche Meinung ausgesprochen habe.

Driessen, als ältester Assistent von Treub, bemerkt, daß dieser erst vor kurzem in der Klinik wieder gesagt habe, daß er die vaginale Totalexstirpation mit Klemmen immer noch für die beste Methode bei Karzinom halte.

Mendes de Leon sieht in der Diskussion eine willkommene Erweiterung seines Vortrages. Pompe van Meerdervoort und Kouwer erwidert er, daß es sich kaum um eine arterielle primäre Blutung gehandelt haben könne. Der Tampon war zwar blutig, aber eine starke, arterielle Blutung zeigte sich erst am 7. Tage.

Ob bei Ligaturen ebensoviel Gewebe nekrotisch wird wie bei Klemmen, kann M. nicht beurteilen, da er stets nur Klemmen benutzte. Doch ist es ihm sehr unwahrscheinlich, daß sich bei Ligaturen solche große Gewebsfetzen losstoßen können, wie er dies nach Forcipressur gesehen hat.

Diskussion über den Fall von Inversio uteri, den Mendes de Leon in der Aprilsitzung mitteilte.

Kouwer findet die von Mendes de Leon verrichtete Explorativlaparotomie nicht berechtigt. Bei enger Vagina hätte er durch seitliche Inzision auf weniger eingreifende Weise sich Raum machen können.

Daß die Atonie bei der Exkochleation als solche Veranlassung zur Inversion war, ist K. auch nicht wahrscheinlich. Eher ist es denkbar, daß bei der Exkochleation der Mantel des Myoms aufgerissen wurde, so daß es leichter geboren wurde. Die rasche Volumzunahme ist wohl hauptsächlich durch Stauung zu erklären.

Mendes de Leon erwidert, daß er nicht glaubte, durch Vaginalinzisionen viel weiter zu kommen, und die Laparotomie auch darum vorzog, weil er nicht wissen konnte, ob es sich um peritoneale Verwachsungen handelte.

Daß die Inversion durch die Curettage direkt verursacht ist, hat er nicht gesagt. Er stellt sich vor, daß auf die Erschlaffung bei der Curettage eine Depression des Fundus folgte, die allmählich in Inversion überging.

Kouwer hält trotzdem an seiner Ansicht fest.

Stratz hat drei Fälle von Inversio uteri gesehen. In einem von Schröder behandelten Falle gelang es die seit Monaten bestehende Inversion nach Spaltung der Cervix zu reponieren, in einem frischen Falle gelang ihm die Reposition manuell sofort, in einem dritten, veralteten, durch konsequente Vaginaltamponade mit Jodoformgaze.

Bezüglich der raschen Größenzunahme kann S. mitteilen, daß er bei einer seiner Pat. ein walnußgroßes Myom nach Durchtritt durch das Ostium externum in 5 Tagen zur vierfachen Größe anschwellen sah. Gleich Kouwer hält er dies für einen einfachen Stauungsprozeß.

Holleman demonstriert einen Uterus mit Deciduoma malignum und Metastasen.

33jährige IIpara im Februar 1905 wieder Gravida m. V.; seit einigen Tagen Blutung. Abort. Placenta normal bis auf einen 4 cm großen Fleck, der myxomatöse Degeneration zeigte.

Menstruation regelmäßig bis Dezember 1905, dann Blutungen bis Februar 1906. Pat. hatte einen retroflektierten Uterus mit einem orangegroßen Tumor in der rechten Tubenecke.

Am 26. Februar wurde Pat. in die Klinik aufgenommen. Operationsplan: Curettage, Enukleation der Myome, darauf Ventrofixation.

28. Februar Operation. Mit dem scharfen Löffel wird keine Schleimhaut herausbefördert. Laparotomie. Tumor geht so gleichmäßig in die Uterussubstanz über, daß er nicht ausgeschält werden konnte, sondern mit Messer und Schere umschnitten werden mußte. Der Uterusstumpf wird im untersten Wundwinkel fixiert. Pat. nach 3 Wochen geheilt entlassen.

Erst die mikroskopische Untersuchung ergab die Diagnose: Deciduoma malignum.

23. April 1906 kam die Pat. wieder mit Klagen über blutigen Ausfluß seit 14 Tagen. Es fand sich ein haselnußgroßer Tumor in der Vagina und ein neuer faustgroßer Tumor in der rechten Tubenecke.

27. April wird erst der vaginale Tumor von unten entfernt, dann mit Laparotomie abdominelle Totalexstirpation angeschlossen.

Offenbar handelte es sich hier um maligne Metastasen. Verlauf ungestört. Pat. wird am 21. Mai geheilt entlassen.

Demonstration der Präparate (wird anderweitig ausführlich publiziert).

Pompe van Meerdervoort bemerkt, daß in dem Präparate der Tumor sehr scharf gegen das Uterusgewebe begrenzt ist.

Holleman sagt, daß dies beim primären Tumor keineswegs der Fall war.

Stratz: Menarche und Tokarche.

Aus 5000 eigenen Beobachtungen, verglichen mit den Ergebnissen der niederländischen amtlichen Statistiken, hat S. die Dauer des geschlechtsreifen und gebärfähigen Alters berechnet und graphisch dargestellt.

(Ausführliche Veröffentlichung in Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie.)

C. H. Stratz (den Haag).

Schwangerschaft.

5) **Rühl** (Dillenburg). Über den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt nach vorausgegangenem vaginalen Kaiserschnitt.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 11.)

Verf. beobachtete vier derartige Fälle. Dabei zeigte sich, daß der vorausgegangene vaginale Kaiserschnitt auf spätere Geburten keinen ungünstigen oder störenden Einfluß gehabt hatte. In einem Fall, war die Cervix außergewöhnlich rigid, doch lag diese Anomalie bereits damals vor Ausführung der vaginalen Operation vor bzw. war die Ursache zum Eingreifen. **Frickhinger** (München).

6) **E. Ruppauner** Über Pyelonephritis in der Schwangerschaft.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 6.)

Innerhalb von 2 Jahren wurden in dem Frauenspital Stadt Basel zehn Fälle von Pyelonephritis bei Schwangeren beobachtet. Beide Infektionswege, der urogene und hämatogene, kommen bei der Pyelonephritis in der Schwangerschaft vor Die Hauptrolle spielt das Bakterium coli. Die Erfahrungen des Verf.s sprechen für die Ansicht von Opitz, daß in der Schwangerschaft der überwiegend häufigere Weg des Transportes der Keime der aufsteigende von der Harnblase ist. Ein besonders prädisponierendes Moment bildet der auf den Ureter ausgeübte Druck durch den schwangeren Uterus und die dadurch bedingte Harnstauung im Nierenbecken (Kompresssionspyelitis Schwangerer nach Sippel). Die rechtsseitige Erkrankung ist die häufigere.

Das Auftreten der Pyelonephritis fällt gewöhnlich in die mittleren Monate der Gravidität. Die Regel ist plötzliches Einsetzen der Krankheit mit ziemlich stürmischen Erscheinungen. Bild der sog. Urosepsis. Die Harnmenge ist anfangs vermindert, später oft vermehrt: »Polyurie troublé«. Die Beschaffenheit des Harns ist ziemlich charakteristisch. Druckempfindlichkeit besteht meist in der Gegend der rechten Niere oder auch Druckschmerz entsprechend dem Verlauf des Ureters, ja der erkrankte Ureter kann von der Vagina aus als verdickter und schmerzhafter Strang gefühlt werden. Nicht selten ist der attackenartige Verlauf. Mit Eintritt der Geburt ist auch gewöhnlich eine Besserung der Erkrankung verbunden.

Eine gefährliche Komplikation ist die Endokarditis. Nicht allzu selten hat die Erkrankung eine Unterbrechung der Schwangerschaft zur Folge.

Die Therapie besteht in horizontaler Bettruhe, wobei der Druck des Uterus auf die Ureteren weniger ausgesprochen ist. Sehr gut sind die Harndesinfizientien. Diät, reichliche Flüssigkeitszufuhr. Eventuell kann chirurgische Behandlung in Frage kommen. **Frickhinger** (München).

7) **T. Salvatore** (Nardò). Freies Ovarialkystom und Schwangerschaft.
(Ann. di ost. e gin. 1905. August.)

Krankengeschichte einer 40jährigen Frau, Xpara, deren zwei letzte Schwangerschaften durch das Vorhandensein einer großen Ovarialcyste kompliziert waren. Der Tumor hatte schon zu Beginn der vorletzten Schwangerschaft ein beträchtliches Volumen gezeigt; trotzdem verlief dieselbe, ebenso wie die entsprechende Geburt, ganz ohne Beschwerden. 5 Monate nach dieser Entbindung traten zum ersten Male Schmerzen in der rechten Fossa iliaca auf; daneben bestand Obstipation und Meteorismus. Die Schmerzanfälle wiederholten sich dann von Zeit zu Zeit, wobei der Tumor jedesmal eine vorübergehende Vergrößerung seines Volumens zeigte. Die Kranke wurde dann abermals schwanger, und auch diesmal verliefen Gravidität und Geburt normal. Erst 8 Monate nach der Entbindung traten die Schmerzen von neuem auf, der Leib vergrößerte sich zusehends, und die Kranke kam mehr und mehr herunter. Die objektive Untersuchung ergab nun die Gegenwart eines reichlich mannskopfgroßen, fluktuierenden und unverschieblichen Tumors, der Leib war sehr druckschmerzhaft. Die Diagnose lautete auf seröse Cyste des rechten Ovariums, kompliziert durch Stiltorsion. Die Laparotomie bestätigte diese Annahme insofern, als in der Tat ein großer cystischer Tumor, der etwa 4 Liter einer serös-hämorrhagischen Flüssigkeit enthielt, vorhanden war. Die Cyste zeigte eine dunkelgraue Färbung und war durch reichliche, z. T. lockere und z. T. feste, Adhäsionen mit der Nachbarschaft verwachsen. Dagegen war ein eigentlicher Stil nicht mehr vorhanden, so daß die Geschwulst nach Lösung der Adhäsionen völlig frei erschien; das kleine Becken war durch Adhäsionen gänzlich abgeschlossen, so daß die Adnexe gar nicht zu Gesicht kamen. Der Operationsverlauf und die Wundheilung waren durchaus normal. Die Wand der Cyste bestand aus einem fibrös-zelligen Gewebe mit reichlichen Blutgefäßen, namentlich in den äußeren Schichten. Verf. denkt sich den Verlauf der Erkrankuug so, daß die wiederholten, auf einen Zeitraum von etwa 2 Jahren sich erstreckenden Anfälle von Stiltorsion zu Ernährungsstörungen in der Cystenwand und weiterhin zur Bildung peritonealer Adhäsionen führten; diese Adhäsionen übernahmen allmählich, gewissermaßen als »sekundäre« Stile, die Ernährung des Tumors und hinderten dadurch die Nekrotisierung desselben, während der eigentliche Stil der Cyste infolge von Thrombosierung seiner Gefäße nekrotisch wurde und seinen Zusammenhang mit der Cystenwand verlor. Bemerkenswert ist auch der Umstand, daß der Tumor weder die Konzeption hinderte noch die Geburt erschwerte. Zum Schlusse bekennt sich Verf. zu dem Grundsatz, daß ein Ovarialkystom auch in der Schwangerschaft operativ anzugreifen sei, und zwar je früher, desto besser. **H. Bartsch** (Heidelberg).

8) **A. Jarzew.** Zur Pathologie und Behandlung der durch Schwangerschaft komplizierten Ovarialtumoren.
(Diss., Petersburg, 1905.)

Im Laufe der Jahre 1889—1904 wurden von Prof. Ott 9mal per laparotomiam Cysten operiert, die die Schwangerschaft komplizierten, und in einem Falle wurde die Ovariotomie am 4. Tage post abortum ausgeführt. Was die Art der Tumoren betrifft, so waren in einem Falle — Cystoma proliferans, in drei Fällen — seröse Cysten und in sechs Fällen — Embryome (Dermoide). In drei Fällen wurde doppelseitige Affektion der Ovarien beobachtet. In einem Falle war die Schwangerschaft im 1. Monate, in vier Fällen — im 3. Monate und in vier Fällen im 5. Monate. Alle neun Fälle endeten glücklich für die Mutter, und in keinem wurde die Schwangerschaft unterbrochen.

In sechs Fällen von Schwangerschaft wurde von Prof. Ott vaginale Ovariotomie ausgeführt. Außerdem sammelte Verf. 29 Fälle aus der Literatur.

In allen Fällen war der Erfolg für die Mutter günstig. Eine von den von Prof. Ott operierten Pat. starb 3—4 Monate nach der Operation unter Erscheinungen der Peritonitis und Undurchgängkeit des Darmkanales. Es ist sehr schwer zu sagen, ob der Tod mit der Operation in Zusammenhang gebracht werden kann. In 11 Fällen wurde die Schwangerschaft unterbrochen und in einem Falle wegen unstillbaren Erbrechens künstlicher Abort ausgeführt.

Auf Grund der von Prof. Ott operierten Fälle und der in der Literatur gesammelten zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) Gleichzeitige Existenz der Schwangerschaft und einer Ovariencyste ist für das Leben der Pat. sehr gefährlich, wobei die Gefahr mit dem Eintritt der Geburt und des Puerperiums größer wird.

2) Wo möglich, ist frühzeitige Entfernung des Tumors während der Schwangerschaft die beste Therapie.

3) Dank der Operation während der Schwangerschaft verbesserte sich auch die Prognose für das Kind, da bei exspektativer Therapie die meisten Kinder wegen frühzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft oder wegen verschiedener Komplikationen der Geburt verloren gehen.

4) Der Vorschlag, während der Schwangerschaft abzuwarten, die Pat. zu beobachten und nur beim Eintritt der Komplikationen zu operieren ist nicht für alle Fälle annehmbar, da

a. in den meisten Fällen eine solche Beobachtung der Kranken während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes unmöglich ist;

b. die Ovariotomie, die bei Anwesenheit irgendwelcher Kompliktionen ausgeführt wird, eine schlechte Prognose gibt;

c. die Cyste, die während der Schwangerschaft nicht entfernt ist, schwere Komplikationen während der Geburt und des Wochenbettes hervorrufen kann.

5) Für einige Fälle kann man Pfannenstiel's Vorschlag annehmen: wenn die Schwangerschaft schon die Zeit erreicht hat, wo die Frucht lebensfähig ist und keine dringliche Indikation für die Operation existiert, so kann man einige Zeit abwarten, um für den Fall der Unterbrechung der Schwangerschaft die Lebensfähigkeit der Frucht sicher zu stellen.

6) Als Operationsmethoden der Vaginalcysten während der Schwangerschaft sind nur ventrale und vaginale Laparotomie in Betracht zu ziehen, da der Kaiserschnitt mit nachfolgender Ovariotomie oder ohne dieselbe nicht empfehlenswert ist.

7) Künstliche Frühgeburt, auch die Punktion des Tumors während der Schwangerschaft sind nur Palliative, die nur in ausschließlichen Fällen bei besonderen Indikationen ausgeführt werden können.

8) Späte Unterbrechung der Schwangerschaft nach abdominaler Ovariotomie kann durch Adhäsion der Gebärmutter zur Narbe der vorderen Bauchwand (Ventrofixatio uteri spontanea) bedingt werden.

9) Die vaginale Ovariotomie während der Schwangerschaft ist eine weniger gefährliche Operation als die ventrale.

10) Bei der Kolpotomie bleibt die Bauchwand unverletzt, deshalb bleiben die normalen Bedingungen für die Tätigkeit der Bauchpresse unverändert und wird die Möglichkeit der Bildung einer Hernie der Linea alba vermieden.

11) Auf Grund der zwei obengenannten Punkte wird die vaginale Ovariotomie während der Schwangerschaft in allen Fällen, wo keine besonderen Kontraindikationen existieren, vorgezogen.

12) Die vaginale Ovariotomie muß in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft bei kleinen Tumoren, die im kleinen Becken fixiert sind, vorgezogen werden.

13) Vaginale Ovariotomie während der Schwangerschaft ist bei breiten Adhäsionen mit Organen, die oberhalb des Beckeneinganges liegen, auch in den Fällen wo in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft der kurze Stiel des Tumors noch über dem Beckeneingange liegt, kontraindiziert.

14) Hohe Lage des unteren Segmentes des Tumors ist keine Kontraindikation für die Kolpotomie, da m an dank der Trendelenburg'schen Lage und der langen

Spekula mit Beleuchtungsapparaten per colpotomiam auch solche Tumoren entfernen kann.

15) Von zwei Methoden der Kolpotomie, der vorderen und der hinteren, muß während der Schwangerschaft die hintere vorgezogen werden.

M. Gerschun (Kiew).

Verschiedenes.

9) **E. C. Dudley** (Chicago). Die operative Behandlung der Cystokele und des Uterusvorfalles.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. April 4.)

Das wichtigste Prinzip dieser Operationen ist nach Verf. ein plastischer Eingriff an dem vorderen und seitlichen Vaginalgewölbe mit dem Zweck, die Portio nach hinten in die Kreuzbeinaushöhlung zu drängen. Es werden zu diesem Behufe auf jeder Seite der Cervix aus dem Fornix vagina zwei halbmondförmige Lappen ausgeschnitten und die Defekte in der Richtung von vorn nach hinten vernäht. Wichtig ist, daß während dieses Aktes der Operation die Cervix in der Lage künstlich gehalten wird, in die sie nach beendigter Operation zu kommen hat. Dies erreicht Verf. auf sehr einfache Weise. Die hintere Platte des Sims'schen Spekulums ist an ihrem äußersten Ende perforiert. Ein durch das Loch und die hintere Muttermundslippe gelegter Faden fixiert die Portio. Indem die Portio nach rückwärts gedrängt wird, fällt auch der Uteruskörper in seine normale Lage. Dies Moment — daß das Organ bei Ausführung der Operation sich in der richtigen Lage befindet — hält Verf. für ausschlaggebend bezüglich des Dauererfolges.

Die Abtrennung des Lappens der vorderen Vaginalwand und die Vernähung des Defektes geschieht in der üblichen Weise. Das vordere Ende der Wunde, unmittelbar hinter der Urethralmündung, vernäht der Verf. gern quer, um Zipfelbildung zu vermeiden. **Frickhinger** (München).

10) **H. Winkler** (Berlin). Über die Ergebnisse von Magenuntersuchungen bei Frauenleiden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Die Arbeit des Verf.s fußt auf 41 Fällen. Bei 10 derselben lag Retroflexio uteri vor. In den meisten (von 7 bei 6) fand sich eine Verminderung der Säurereaktion (Subazidität); in 2, bei denen der Uterus längere Zeit vor der Mageninhaltuntersuchung aufgerichtet und durch ein Pessar in normaler Lage fixiert war, wurde einmal normale sekretorische Funktion gefunden. Das andere Mal — hier bestand Spitzenkatarrh — war Achlorhydrie vorhanden.

Schlüsse aus dieser kleinen Zahl von Beobachtungen zu ziehen, ist nicht angängig, da sie mit denen anderer Autoren in direktem Widerspruch stehen. Verf. berichtet des weiteren über Mageninhaltuntersuchungen in einigen Fällen von Retroversio, Retropositio uteri, Descensus vaginae, ovarii, Tumoren des intraligamentären Gewebes. Insgesamt fand er bei 37 Pat. 11mal normale Chlorhydrie, 20mal Hypochlorhydrie, 5mal Achlorhydrie, 1mal Hyperchlorhydrie, 17mal normale Gesamtazidität, 18mal Subazidität und 2mal Superazidität. In 29,9% war die sekretorische Funktion des Magens trotz vorhandener Beschwerden vollkommen normal. Hieraus würde sich ergeben, daß es sich nur zum kleineren Teil um Sensibilitätsneurosen handelt, zum größeren Teil um Störungen der sekretorischen und motorischen Funktion. Aber auch diese Resultate sind nicht maßgebend, da sie sich wieder mit denen anderer Autoren nicht decken.

Sehr häufig ist das Zusammentreffen von Gastroptose, Sexualaffektionen und sekretorischen Magenfunktionsstörungen (unter 31 Fällen 18mal Gastroptose).

Das wesentliche Schlußergebnis der Arbeit W.'s ist, daß bei schweren gynäkologischen Leiden die sekretorische Funktion des Magens fast stets, und zwar im Sinn einer Hyperchlorhydrie verändert sein soll, daß aber eine Behandlung der

gynäkologischen Affektionen nicht ohne weiteres eine Beseitigung der Magenbeschwerden mit sich bringt. **Graefe** (Halle a. S.).

11) **K. Abel** (Berlin). Über die Anwendung des Styptols bei Gebärmutterblutungen und Dysmenorrhöe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 34.)

Nachdem A. das Styptol seit seiner ersten Empfehlung in Hunderten von Fällen angewandt hat, bestätigt er die günstige Wirkung des Mittels von neuem. Experimentelle Untersuchungen haben ergeben, daß sie auf einer direkten Beeinflussung der Gefäßnerven beruht, nicht aber auf Auslösung von Uteruskontraktionen. Hervorzuheben ist eine entschiedene, sedative Wirkung des Styptols, ferner seine Brauchbarkeit bei lokaler Anwendung. Verf. möchte das Mittel besonders empfehlen 1) bei starken menstruellen Blutungen bei Virgines und Nulliparen ohne pathologisch-anatomisches Substrat; 2) bei rein klimakterischen Blutungen; 3) bei Blutungen in der Schwangerschaft; 4) bei Myomblutungen; 5) bei sekundären Blutungen infolge von Erkrankungen der Adnex- oder des Beckenbindegewebes (hier am ehesten Mißerfolge, da bei derartigen Erkrankungen oft nur die operative Beseitigung der Ursache übrig bleibt); 6) bei Blutungen infolge von inoperablem Karzinom, bei welchen auch Styptolpulver aufgestreut werden kann; 7) bei Dysmenorrhöe.

Die Hauptsache ist die richtige Dosierung des Mittels. Im allgemeinen werden während der Menorrhagie 3mal täglich 2 Tabletten à 0,05 gegeben, bei ausbleibender oder nicht genügender Wirkung in der ganzen Zeit nach der Blutung 3mal täglich 1 Tablette, bei Eintritt der Blutung Verdoppelung der Dosis, Bei Dysmenorrhöe kann man bis zu 9 Tabletten pro die steigern.

Graefe (Halle a. S.).

12) **F. D'Erchia** (Boeri). Über die Anwendung der peritonealen und retroperitonealen Drainage in der Gynäkologie.

(Rassegna d'ost. e gin. 1905. Nr. 1 u. 2.)

Verf. hält die mit steriler Gaze ausgeführte Kapillardrainage des Peritoneums für ein wertvolles Mittel, um den von einer Infektion der Bauchhöhle ausgehenden Gefahren zu begegnen. Er unterscheidet mit Recht diese peritoneale Drainage von der »retroperitonealen«, bei welcher das Peritoneum über dem drainierenden Gazestreifen abgeschlossen wird; die erstere kann auf abdominalem Wege, sowie auch auf pelvico-vaginalem ausgeführt werden. Je nach den Indikationen kann man eine »prophylaktische« und eine »kurative« Peritonealdrainage unterscheiden; dazu kommt noch die Tampondrainage und die Drainage abgeschlossener Hohlräume (Eitersäcke, Hämatokele). Eine umsichtige und nicht zu spärliche Anwendung der Drainage, zumal in den schwereren Fällen, soll die Gesamtmortalität von 20% auf 3—4% herabsetzen. Um seine persönlichen Erfahrungen wiederzugeben, berichtet Verf. über 72 eigene Fälle (Laparotomien und vaginale Eröffnungen der Bauchhöhle), von welchen 13 ohne, die übrigen mit Drainage behandelt wurden. Die ohne Drainage behandelten Fälle genasen sämtlich; unter den 59 drainierten Fällen kam es 9mal zum tödlichen Ausgang. Im einzelnen verteilten sich diese 59 Fälle folgendermaßen: 31 Fälle von »prophylaktischer« Peritonealdrainage, d. h. Drainage solcher Fälle, bei welchen, ohne daß eine Verunreinigung oder Infektion des Peritoneums stattgefunden hätte, eine besondere Fürsorge für den erleichterten Abfluß der Wundsekrete wegen des Allgemeinzustandes der Kranken geboten schien (darunter 1 Todesfall: Urämie); ferner 21 Fälle von sog. kurativer Peritonealdrainage, d. h. Drainage solcher Fälle, bei welchen eine Verschmutzung der Peritonealhöhle mit eitrigem oder sonstigen infektiösen Inhalt während der Operation stattgefunden hatte (in Wahrheit also auch eine prophylaktische, auf Vermeidung septischer Peritonitis gerichtete Drainage) mit 7 Todesfällen (Sepsis, Kollaps, Bronchopneumonie). Weiterhin kamen 4 Fälle von »Tampondrainage«, ausgeführt zum Zwecke der Blutstillung bei andauernden, flächenhaften Blutungen, die sonst schwer zu stillen sind (darunter 1 Todesfall an Urämie und Sepsis), sodann 1 Fall

von Eröffnung und Drainage eines tubo-ovariellen Eitersackes (Heilung mit Hinterlassung einer Darm-Scheidenfistel) und endlich 2 Fälle von Drainage des retro- oder extraperitonealen Raumes, beide geheilt. Was die Art der Drainage anbetrifft, so hat Verf. den abdominalen Weg in 11 Fällen benutzt, den vaginalen in 47 Fällen; in der ersten Gruppe fanden sich 6, in der zweiten nur 3 Todesfälle. Alles in allen genommen, sind die Ergebnisse des Verf.s nicht gerade beweisend für eine ausschlaggebende Wirkung der Drainage; gleichwohl hat die Drainage niemals einen Schaden gebracht und verdient deswegen doch in geeigneten Fällen Berücksichtigung. **H. Bartsch** (Heidelberg).

13) F. Chidichimo (Florenz). Die physiologische und therapeutische Wirkung des Aspirin.

(Ann. di ost. e gin. 1905. April.)

Verf. unternahm, um die physiologische Wirkungsweise des genannten Medikaments nachzuprüfen, eine größere Reihe von Tierversuchen, vorzugsweise an Hunden; dieselben führten im wesentlichen zu folgenden Resultaten: Das Aspirin wird, auch in erheblicher Menge, von den Versuchstieren (Hunde und Kaninchen) gut vertragen; die tödliche Dosis betrug bei den Hunden etwa 50 cg pro Kilo Körpergewicht, doch trat selbst bei so großen Mengen der Tod nicht immer mit Sicherheit ein. Das Mittel bewirkt, sowohl in therapeutischen als auch in abnorm starken Dosen, eine vorübergehende Herabsetzung des arteriellen Blutdruckes und eine Verminderung der Pulsfrequenz; die Herztöne bleiben jedoch, wenigstens bei der Verabreichung therapeutischer Dosen, rhythmisch und regelmäßig. Ebenso tritt, selbst nach Einnahme starker Mengen, keine Veränderung in den Respirationsbewegungen ein; auch eine Herabsetzung der Temperatur findet nur nach der Darreichung starker Dosen statt. Eigentümlich und charakteristisch ist die Wirkung des Aspirins auf die glatte Muskulatur: Magen, Darm, Blase und Uterus; die Kontraktionen dieser Organe werden deutlich verlangsamt und weniger energisch als in der Norm, bleiben jedoch (bei Verabreichung therapeutischer Dosen) regelmäßig und rhythmisch. Die Wirkung auf den Uterus ist stets die gleiche, sowohl bei leerem Organ als bei gravidem oder puerperalem. Auch die Zeitdauer der Resorption sowie der Ausscheidung wurde vom Verf. experimentell geprüft; der Beginn der Resorption zeigte sich schon nach 15—30 Minuten, die Ausscheidung des Medikamentes war — je nach der aufgenommenen Menge — erst nach 10 bis 40 Stunden beendigt. Was die therapeutische Wirksamkeit anbetrifft, so hatte Verf. günstige Resultate vornehmlich bei Muskel- und Gelenkrheumatismus, bei Influenza, Neuralgien und Pleuritis sicca; die Tagesdosis betrug bei Erwachsenen durchschnittlich 2—3 g. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

H. Bartsch (Heidelberg).

14) E. E. Montgomery (Philadelphia). Eine neue Operationsmethode der Retroflexio uteri.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1905. Nr. 1.)

Verf. operiert seit 2 Jahren in folgender Weise:

Durch eine abdominale Inzision wird eine temporäre Ligatur um jedes Lig. rot. 1—$1^1/_2$ Zoll vom Uterus entfernt gelegt.

Die beiden Enden der einen Ligatur werden in eine gestielte Nadel (Dechamps?) eingefädelt, das Ligament direkt außerhalb der Ligatur mit einem Muzeux gefaßt und nach der Medianlinie gezogen, um die äußere Portion des Bandes anzuspannen. In das vordere Blatt des Lig. lat. wird ein kleines Loch geschnitten, durch welches die Nadel eingeführt wird. Nun wird die Ligatur zwischen den Blättern des Lig. latum hindurch bis zur Bauchwand, und zwar durch Muskulatur und Aponeurose hindurchgeführt, wo die Ligatur ausgefädelt wird. Ebenso wird es mit der zweiten Ligatur gemacht.

Nachdem nun die oberflächliche Fascie von dem Punkte, wo die Aponeurose durchlöchert ist, zurückgeschoben ist, wird die Ligatur angespannt, während eine geknöpfte Schere längs der Ligatur eingeführt wird und dann die Branchen der

Schere leicht gespreizt werden. Meist läßt sich dann eine Schlinge des Lig. rot. vorziehen, wenn nicht, drängt man, mit der Schere nachhelfend, die Gewebe auseinander. Liegen beiderseits die Schlingen des Lig. rot. auf der Aponeurose, so werden sie mit Catgut auf derselben befestigt. Nach sorgfältiger Prüfung der Lage des Uterus wird die Bauchdeckenwunde geschlossen.

Verf. rühmt der Methode folgendes nach: vollständige Nachahmung normaler Verhältnisse, Benutzung natürlicher Bänder, welche imstande sind die Evolution und Involution während der Schwangerschaft resp. Puerperium mitzumachen. Benutzung des festesten Teiles des Lig. rot. und Vermeidung von Läsionen im Abdomen, die zu unerwünschten Adhäsionen führen können; Möglichkeit genauer Inspektion des Beckens, speziell der Adnexe und auch des Appendix vermiformis

Eversmann (London).

15) **A. Dönitz** (Bonn). Technik, Wirkung und spezielle Indikation der Rückenmarksanästhesie.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVII. Hft. 4.)

Die Nacherscheinungen der Lumbalanästhesie sind die Symptome einer aseptischen Meningitis, die durch den Reiz der eingespritzten Flüssigkeit bedingt ist. Zu ihrer Vermeidung hat sich in neuester Zeit das Stovain in isotonischer Lösung als geeignet erwiesen. Die in 2 ccm fassenden Glaskölbchen sterilisierte und aufbewahrte Flüssigkeit besteht aus 4%iger Stovainlösung mit Zusatz von 0,11% Kochsalz und 0,01% Nebennierenpräparat. Mit Tabletten von Stovain 0,02, Suprarenin. boric. 0,00013, Gummi arab. q. s., die in Liquor cerebrospinalis aufgelöst werden, sind auch Versuche gemacht worden. Gänzlich zu vermeiden sind die Nacherscheinungen nicht, da sie schon durch eine einfache Lumbalpunktion und Entleerung von Liquor hervorgerufen werden. Antipyretika und häufig auch Rizinusöl mildern die Beschwerden. Zur Verbreitung des Stovaindepots dient die Beckenhochlagerung. Die Kopfstauung, durch Anlegung einer Binde um den Hals, erhöht den Liquordruck und beschränkt die Ausbreitung des Liquorstromes nach oben; bei plötzlicher Abnahme der Binde verschiebt sich das Mittel sofort in toto nach oben, ähnlich wie bei der Beckenhochlagerung. Legt man die Binde dann wieder an, so wird das Stovain abwärts gedrückt. Man kann auf diese Weise erst die Gegend vom Leistenband bis zur ersten Rippe und dann Damm und Beine gefühllos machen. Um aber die anzuwendende Menge möglichst gering zu machen, muß man die Schmerzlähmung nach Möglichkeit auf das Operationsfeld beschränken. Die nötige Menge beginnt mit 1 ccm Lösung. Nur bei mangelhaftem Liquorabfluß muß man die Lösung mit Liquor verdünnen und nach der Injektion noch mehrmals Liquor aufziehen und wieder zurückspritzen. Am besten hat sich die Rekordspritze bewährt. Der Kranke sitzt mit vorn übergebeugtem Kopf und kyphotischer Beugung der Lendenwirbelsäule. Die Haut wird event. unter Äthylchlorid- oder Schleich'scher Anästhesie zwischen 1. und 2. oder 2. bis 3. Lendenwirbel durchstochen, und zwar peinlich genau in der Mittelebene. Dann wird der Mandrin entfernt und die Kanüle langsam etwas schräg aufwärts, ebenfalls genau in der Mittellinie, geführt. Abfluß des Liquor im Strom beweist den richtigen Weg. Sonst ist Wiederholung nötig. Man injiziert das Stovain und saugt zur Lösung des Restes in der Spritze 1—2 ccm Liquor an und spritzt ihn gleich wieder zurück. Bei Dammoperationen wird der Kranke horizontal gelagert, für alle anderen Zwecke ist Beckenhochlagerung nötig, die für die höher gelegenen Bezirke entsprechend gesteigert werden muß. Die Dosis beträgt 0,04 — höchstens 0,06 Stovain. Bei diesem Vorgehen hat die Methode einen großen Teil ihrer Launenhaftigkeit eingebüßt. Die Gefahr der Meningitis ist sehr gering.

Calmann (Hamburg).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 41. Sonnabend, den 13. Oktober. 1906.

Inhalt.

Zur Lehre vom Geburtsmechanismus.

Von

R. Olshausen.

Die neueste Publikation Sellheim's über den Geburtsmechanismus[1], welcher eine kürzere, als Auszug, vorausgegangen war[2], gibt mir Veranlassung auch meinerseits auf dieses Thema nochmals zurückzukommen. Sellheim untersuchte die Biegungsmöglichkeit der fötalen Wirbelsäule in ihren verschiedenen Abschnitten und nach den verschiedenen Richtungen. Zuerst hat bekanntlich Kaltenbach[3], schon im Jahre 1891, die Beweglichkeit der fötalen Wirbelsäule, und zwar an Kinderleichen, studiert und die Wichtigkeit der gefundenen Tatsachen für den Geburtsakt erkannt. Sellheim hat aber in entschieden exakterer Weise, besonders auch durch Untersuchungen an lebenden Neugeborenen, die Verhältnisse bezüglich der Biegsamkeit der Wirbelsäule studiert und festgestellt.

Kaltenbach hatte zwar die Wichtigkeit der Biegsamkeit, besonders der Halswirbelsäule für die Erleichterung der Austreibung erkannt und hervorgehoben. Aber er hatte aus den gefundenen Tat-

[1] Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1906. Bd. XI. p. 1.
[2] Sammlung klinischer Vorträge N. F. Nr. 421.
[3] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXI. p. 263.

sachen keine Schlüsse auf das Zustandekommen der Drehungen des kindlichen Schädels gezogen. Dies getan zu haben ist das Verdienst Sellheim's.

Der Mechanismus der Geburt beruht nach ihm wesentlich darauf, daß die Fruchtachse nicht nach allen Richtungen gleich, sondern sehr verschieden biegsam ist, und daß bei der Abbiegung des Geburtskanales in seinem untersten Abschnitte der walzenförmig gestaltete Fruchtkörper nun, nach physikalischen Gesetzen, der Biegung des Geburtskanales entsprechend, sich ebenfalls umbiegt. Dies geschieht aber stets in der Weise, daß die Biegung in dem betreffenden Teile der Wirbelsäule dahin erfolgt, wohin sie am leichtesten möglich ist (Biegungsfacillimum). Dies geschieht event. unter einer dazu erforderlichen Rotation der Fruchtachse. Die Notwendigkeit und Gesetzmäßigkeit dieser Tatsachen beweist Sellheim experimentell und mathematisch.

Es erinnert diese Erklärung ungemein an die von Schatz[4] im Jahre 1890 gegebene. Schatz nahm danach an, daß ein eiförmiger Körper wie der fötale sich in einem gebogenen Schlauch, dem Geburtskanal, um seine Längsachse drehen muß, wenn der Äquator des eiförmigen Körpers an einer Seite zurückgehalten wird. Die Drehung erfolgt dann »so lange, bis der zurückgehaltene Teil des Äquators in der Konkavität des Hohlkanales angekommen ist«. An dem Fruchtkörper geschieht aber in der Austreibungsperiode eine solche Zurückhaltung an der Hinterhauptseite durch die Wirbelsäule. Nach Schatz tritt in der Austreibungsperiode eine negative Formrestitutionskraft ein, durch welche ein Zug des Hinterhauptes nach oben zustande kommt, während vorher das Hinterhaupt im Gegenteil am stärksten nach abwärts getrieben wurde. Das letztere war der Fall als der Steiß noch dem Fundus uteri anlag. Am Ende der Geburt ist aber der Fundus in die Höhe gerückt und der Geburtskanal so verlängert, daß der Fötus mit seiner Steiß-Scheitellänge von 34 cm nicht mehr dem Fundus anliegen kann und die unteren Extremitäten an seine Stelle treten. So sagt Schatz.

Gegen diese rein theoretischen Deduktionen läßt sich folgendes einwenden:

Daß die Formrestitutionskraft eine negative wird und das Hinterhaupt durch dieselbe zurückgehalten wird ist nicht bewiesen und unglaubhaft. Wenn der Steiß tatsächlich den Fundus uteri verließe und sich die unteren Extremitäten zwischen Uterusgrund und Steiß schöben, so würde das keine Änderung der Druckwirkung hervorbringen können. Ob der Steiß direkt vom Fundus gedrückt und nach unten geschoben wird, oder durch die über ihm liegenden unteren Extremitäten, wird sich gleich bleiben. Ein luftleerer Raum kann doch im Fundus uteri nicht entstehen. Übrigens zeigen fast alle Gefrierdurchschnitte von Kreißenden, die sich in der Austreibungsperiode befanden, ein direktes Anliegen des Fundus uteri am Steiß, und diese Tatsache wiegt mehr

[4] Deutsche med. Wochenschrift 1890. Nr. 43.

als die theoretische Berechnung der Steiß-Scheitellänge des Fötus in der Geburt und die Berechnung der Länge des Geburtskanales, den man intra partum doch nicht messen kann.

Ich halte deshalb das Fortbestehen, oder richtiger das Zustandekommen des Fruchtachsendruckes in der Austreibungsperiode für die Norm. Die Gefrierdurchschnitte beweisen dies am besten.

Sellheim nimmt neben der Möglichkeit eines allgemeinen Inhaltsdruckes auch die eines Fruchtachsendruckes an, speziell nach Abfluß des Fruchtwassers, wie ich dies Lahs gegenüber immer behauptet habe. Sellheim glaubt aber, daß es auf die Form der Wirkung der Wehen nicht ankommt; er legt ihr deshalb kein Gewicht bei. Ich kann ihm hier nicht ganz zustimmen. Ich glaube, daß die Senkung des Occiput jedenfalls leichter zustande kommt, wenn der Wehendruck durch die Wirbelsäule fortgesetzt wird; dann muß die Ungleichheit der beiden Hebelarme sich in dem bekannten Sinne geltend machen. Wo nur allgemeiner Inhaltsdruck zur Wirkung kommt, kann dies zweifelhaft sein; ja, man ist versucht zu glauben, daß dieser letztere sich gerade an der Seite des längeren Hebelarmes am meisten geltend machen und also die Stirn tiefer stellen müßte. Von der Wirkung eines ungleicharmigen Hebels, von dem doch alle Forscher sprechen, kann übrigens nur dann die Rede sein, wenn das Hypomochlion am Foramen occip. magnum durch Druck von oben, d. h. durch Fixierung des Steißes am Fundus uteri gebildet ist. Sonst gibt es eben kein Hypomochlion, also auch keinen Hebel. Auch diese Überlegung führt folgerichtig zur Annahme eines Fruchtachsendruckes.

Es gibt übrigens noch andere Gründe, welche denselben wahrscheinlich machen: Wer aufmerksam Geburten beobachtet, dem wird von Zeit zu Zeit eine Geburt vorkommen, bei welcher es auffällig ist, daß trotz guter Wehen, bei normaler Stellung und Beschaffenheit des Schädels und bei jeglichem Mangel besonderer Widerstände, die Austreibung doch nur sehr langsam vorrückt. Ist schließlich der Rumpf geboren, so stürzt eine große Menge Fruchtwassers nach. Dies war die Ursache der Schwierigkeit der Austreibung. Es war wegen der großen Menge Fruchtwassers kein Fruchtachsendruck zustande gekommen. Daher waren die Wehen wenig effektvoll.

Um nun auf den Mechanismus selbst zurückzukommen, so bekenne ich, daß die Ausführungen Sellheim's mich mehr befriedigt haben als diejenigen von Schatz. Ich halte die von Sellheim gegebene Erklärung für richtig, aber nicht für ausreichend, um alle Vorgänge des Geburtsmechanismus, oder auch nur die wichtigsten derselben sämtlich zu erklären. Wichtig ist die Erklärung besonders für das Herabsteigen des Hinterhauptes und für die zweite Drehung um die quere Achse des Schädels, die Austrittsbewegung. Die vorangehende Drehung um die Höhenachse erklärt sich aber durch die von Sellheim aufgestellten Gesetze allein nicht.

Außer dem Schädel, wenn er in der Austreibungsperiode aus dem queren oder schrägen Durchmesser in den geraden tritt, dreht sich

auch der noch über dem Becken, also in dem geraden Abschnitte des Geburtskanales befindliche Rumpf, was zuerst der dänische Geburtshelfer Bang erkannt zu haben scheint. Niemand, der beobachten kann, vermag diese Drehung des Rumpfes zu leugnen. Daß die Drehung des Rumpfes gegen Ende der Geburt nicht so weit gediehen ist wie die Drehung des Schädels nach dem geraden Durchmesser, ist richtig; sonst würde sich ja der geborene Kopf nicht teilweise wieder zurückdrehen, aber die Drehung des Rumpfes ist unbestreitbar, und in ca. 9% der Geburten erreicht der Rumpf mit seiner Schulterbreite nicht nur den queren Durchmesser des Beckens, sondern überschreitet er ihn (Überdrehung des geborenen Kopfes). Wenn es richtig ist, wie Schatz behauptet, daß in der Austreibungsperiode die Drehung des Schädels der des Rumpfes um etwa 30° voraneilt, so kommen davon auch Ausnahmen vor, wie der neueste Gefrierschnitt (von Bumm-Blumreich) zeigt, wo der Rumpf sich schon mehr dem geraden Durchmesser genähert hat als der Kopf.

Ist die Torsion allein nach der Theorie von Sellheim zustande gekommen, wie erklärt sich dann die Drehung des Rumpfes? Man kann doch unmöglich annehmen wollen, daß der Rumpf, der in der Austreibungsperiode von den Weichteilen schon eng umschlossen ist, durch den Schädel gedreht wird. Wird er das nicht, so muß er selbständig gedreht werden, und dann wird das auch auf die Torsion des Schädels einen Einfluß haben, dieselbe begünstigen, vielleicht zuerst einleiten.

Gehen wir ferner auf die Anomalien des Geburtsverlaufes ein, so können wir zunächst den tiefen Querstand hervorheben. Sellheim meint (Klinischer Vortrag p. 20) derselbe käme zustande, wenn »die Biegsamkeit des Halses aus irgendwelchen Gründen nach den verschiedenen Richtungen hin ziemlich gleich« ist. Dann müßte die Drehung ausbleiben. Den Beweis dafür bleibt er aber schuldig, und daß eine solche Anomalie in der Biegsamkeit der Halswirbelsäule wirklich vorkommt, ist doch sehr unwahrscheinlich, wenn man erfährt, daß die Beugungsmöglichkeit 45°, die Lateralflexion 65° und die Streckung 115° zu betragen pflegt.

Der tiefe Querstand beruht unseres Erachtens darauf, daß der Rumpf die Drehung nicht beginnt, der Schädel sie infolgedessen auch nicht macht. Achtet man bei tiefem Querstand (bei Schädel- oder Gesichtslagen) auf die Stellung des Rumpfes, so kann man bei günstigem Verhalten der Bauchdecken und Uteruswände auch leicht die quere Stellung des Rumpfes konstatieren. Besonders an dem Fühlbarsein und der starken Prominenz der vorderen Schulter ist dies oft deutlich zu erkennen.

Wenden wir uns zu den Vorderhauptslagen, so sagt Sellheim darüber, daß der Kopf lange hin und her schwanke, ob er sich mit dem Hinterhaupt oder mit dem Vorderhaupte nach vorn drehen solle. Diese Behauptung kann nicht auf Beobachtung beruhen. Wenn der anfangs noch mit dem Hinterhaupte nach hinten gerichtete Schädel

dasselbe erst einmal nach vorn gedreht hat, so bleibt es auch vorn, und die Geburt in Hinterhauptslage ist gesichert. Und wenn Sellheim fortfährt »man darf wohl annehmen, daß diesem indifferenten Verhalten ein sehr geringer Unterschied in der Biegung des Halses nackenwärts und trachealwäres entspricht«, so scheint mir diese Erklärung für das Zustandekommen der Vorderhauptslage ganz aus der Luft gegriffen. Von dem möglichen Einfluß des Rumpfes auf die Torsion des Kopfes spricht Sellheim hier so wenig wie irgendwo sonst in seinen Publikationen, und gerade für die Vorderhaupts- und Gesichtsgeburten ist es doch am evidentesten, daß die mangelnde Drehung des Rückens die Ursache der mangelnden Torsion des Kopfes ist, wie man durch genaue äußere Untersuchung auch fast immer, oder doch sehr häufig, nachweisen kann. Für manche Fälle können wir auch die Ursache der mangelnden Drehung in dem starken Hängebauche finden. Wenn ein solcher besteht, so dreht sich der Rumpf mit seiner konvexen Rückenfläche leichter gegen die konkave Hinterwand des anteflektierten Uterus als gegen die innen konvexe Vorderwand.

Für die regelmäßige Drehung des Kinnes nach vorn bei Gesichtslagen gibt Sellheim keine Erklärung; denn daß beim Ausbleiben dieser Drehung die Geburt unmöglich wird, ist keine Erklärung für die Torsion. Ich habe die Erklärung gegeben, daß der bei Gesichtslage nach vorn konvexe Rumpf sich leichter gegen die vordere Wand des Uterus drehen muß als gegen die hintere. Das Gesetz von der Drehung zylindrischer Körper, welche in einem gebogenen Rohre vorwärts geschoben werden, muß natürlich ebensogut von der Fruchtwalze im ganzen gelten, als von dem zu einem Ellipsoid gestalteten Kopf; und so kann man annehmen, daß der walzenförmige Rumpf sich auch dem doch nicht ganz geraden Zylinder der Uterushöhle anpaßt und sich mit dem Rücken nach hinten dreht. Die Folge ist, daß das Kinn nach vorn kommt.

Um noch einige andere Punkte zu erwähnen, auf welche Sellheim zu sprechen kommt, so will ich hervorheben: Die Form des Beckens bleibt in normalen Fällen ohne Einfluß auf den Mechanismus, entgegen der Ansicht Scanzoni's, die auch Zweifel unseres Wissens noch immer vertritt. Ferner heißt es: »die Abhängigkeit der Kopfdrehung von den Beckenmuskeln (Veit) läßt sich nicht halten«. In beiden Punkten kann ich nur vollständig zustimmen.

Fraglicher ist mir die Ansicht, welche Sellheim bezüglich des Beckeneinganges ausspricht. Er meint, man könne die Zurückhaltung der Stirn nicht auf die Einengung des queren Durchmessers durch die Psoasmuskeln beziehen. »Die Einengung ist so unwesentlich, daß unter normalen Verhältnissen der quer stehende Schädel mit dem Planum suboccipito-frontale, ohne anzustreifen, durch den Eingang des Muskelbeckens hindurchgeführt werden kann«. Hierzu möchte ich bemerken, daß, bevor die Senkung des Occiput eingetreten ist, es sich nicht um das Planum suboccipito-, sondern das occipito-

frontale handelt, und es ist doch sehr fraglich, ob nicht unter normalen Verhältnissen, d. h bei gut entwickeltem Kinde, der Querdurchmesser so knapp ist, daß die Endpunkte des frontoccipitalen Durchmessers mit den Rändern der Mm. psoas sich berühren. Sollte aber nicht auf diesem Wege die Senkung des Hinterhaupts erreicht werden, so kann und wird dies wohl später zustande gebracht, wenn der Kopf die tiefer seitlich liegenden Weichteile des Beckenbodens berührt.

Wir sehen tatsächlich die Senkung des Hinterhauptes bald früher, bald später eintreten, was dafür spricht, daß wenigtens nicht immer die Psoasmuskeln die Zurückhaltung der Stirn zustande bringen.

Als erste Drehung des Schädels nimmt Sellheim die Drehung um die fronto-occipitale Achse an, welche zur Naegele'schen Obliquität führt. Ich stimme durchaus zu und halte es für wichtig, daß das Zustandekommen dieser Obliquität wieder einmal als das Normale betont wird, nachdem andere Autoren (Lahs) dieselbe in das Reich der Fabel haben verweisen wollen. Ich habe schon früher hervorgehoben, daß diese Drehung auch bei normalen Geburten gewöhnlich, wenn auch nicht ausnahmslos, erfolgt.

Noch einige Worte über die von Sellheim gebrauchte Nomenklatur: Der Ausdruck Fruchtwalze ist gewiß zweckmäßig, jedoch nicht besser als der bisher gebrauchte: Fruchtzylinder. Dagegen halte ich es nicht für praktisch, den Ausdruck: »Fruchtachsendruck« oder »Fruchtwirbelsäulendruck« in »Konzentrationsdruck« umzuändern, unter dem sich der Lernende nichts Rechtes vorstellen kann, während Fruchtachsendruck sehr bezeichnend ist. Ebensowenig können wir es billigen, wenn die »Progressivbewegung«, deren Sinn ohne weiteres klar ist, jetzt als »Translation« bezeichnet wird, wenn auch der Physiker diesen Ausdruck billigen mag.

In den vorliegenden Zeilen ist die Richtigkeit und Bedeutung der Sellheim'schen Lehren, soweit sie die Drehungen des kindlichen Schädels zum großen Teil auf die ungleiche Biegsamkeit der kindlichen Wirbelsäule nach verschiedenen Richtungen hin zurückführt, voll anerkannt. Es sollte jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, daß nicht alle Erscheinungen des Mechanismus sich dadurch erklären lassen, sondern daß auch andere Momente eine wichtige Rolle dabei spielen, vor allem die von Sellheim vollständig ignorierte Einwirkung des Rumpfes auf die Drehungen des Schädels. Die von mir gegebenen Erläuterungen sollten den Zweck haben, zu verhüten, daß die Sellheim'sche Erklärung des Geburtsmechanismus in Zukunft als das allein in Betracht kommende Moment angesehen werde. Die Gefahr liegt deshalb nahe, weil selbst die wenigsten Geburtshelfer von Fach aus dem Mechanismus der Geburt ein Studium machen. So kommt es denn bei dieser Materie leicht, daß das plausibel Dargestellte ohne weitere Kritik als konstatierte Wahrheit angenommen wird, wie es mit verschiedenen zweifellos falschen Lehren, welche Lahs aufgestellt hatte, seinerzeit gegangen ist. Und wenn ein Nichtfachmann oder ein Fachmann ohne Studium in dieser Materie

den in der Münch. med. Wchschr. kürzlich erschienenen Vortrag von Opitz liest, welcher freilich nur das Neue bringen wollte, so kann er leicht zu der Ansicht kommen, daß die neue Lehre Sellheim's die Quintessenz der ganzen Lehre vom Mechanismus sei. Diesem vorzubeugen war zum Teil der Zweck der vorliegenden Erörterungen.

Die von mir mitgeteilten Gründe für meine Ansichten habe ich größtenteils schon in einer kleinen Schrift: »Beitrag zur Lehre vom Mechanismus der Geburt« (Stuttgart 1901) erörtert; sie haben aber wenig Beachtung gefunden.

Neue Bücher.

1) O. Engström. Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik. Bd. VII. Hft 1.

Berlin, S. Karger, 1906.

1) Otto Engström. Über akute ödematöse Vergrößerung des Gebärmutterhalses während der Schwangerschaft und Geburt.

Entgegen der bisherigen Annahme, daß Guéniot zum ersten Male jene auch heute noch wenig bekannte Erscheinung einer in der Schwangerschaft oder Geburt ganz plötzlich entstandenen ödematösen Schwellung der Cervix richtig erkannt und beschrieben habe, weist Verf. darauf hin, daß dies Verdienst Eduard Martin gebühre. Den bisher beobachteten elf Fällen fügt Verf. sodann drei weitere selbst beobachtete bei. In allen dreien war es bei einer Mehrgebärenden, deren vorangegangene Geburten normal verlaufen waren, während einer neuen Schwangerschaft ganz plötzlich — in einem Falle bei heftigen Hustenstößen, in einem anderen während einer Wagenfahrt — zu einer so enormen ödematösen Anschwellung der Cervix uteri gekommen, daß die dunkelblau-rot verfärbte Portio aus der Scheide hervortrat. Ebenso schnell aber, wie der Prozeß eingetreten war, verschwand er auch wieder, und zwar bei einfacher Bettruhe. In einem Falle wiederholte sich der Vorgang auch während der Geburt, die aber im übrigen, ebenso wie in den anderen Fällen, ohne Schwierigkeiten verlief. Eine bestimmte Erklärung für diese Erscheinung gibt es nicht. Mehr oder weniger tiefe Lazerationen der Portio, sowie andere Schädigungen von Cervix und Umgebung, die aus den vorangegangenen Geburten resultierten, mögen in den beobachteten Fällen insofern ätiologisch von Bedeutung sein, als sie geeignet sind, unter Umständen eine mechanische Behinderung des Blut- und Lymphabflusses herbeizuführen. Angioneurotische Vorgänge spielen jedenfalls hierbei keine Rolle.

Die Therapie besteht in Bettruhe, sowie in Entleerung von Blase und Mastdarm.

2) Eva Piispanen. Fall von Sectio caesarea auf eine ungewöhnliche Indikation.

Bei einer gesunden Frau mit mäßig allgemein verengtem, plattem Becken (Conj. vera 8 cm) ist bei ihren vorangegangenen fünf Geburten infolge vorzeitigen Fruchtwasserabflusses (und vorzeitiger Lösung der Placenta?) jedesmal das ausgetragene gesunde Kind während der Geburt gestorben. Sie ist nun wieder schwanger geworden und wird diesmal schon vor dem Eintritt ordentlicher Wehen mit gutem Erfolg für Mutter und Kind durch Kaiserschnitt entbunden. Der Uterus kontrahierte sich dabei prompt.

3) Otto Engström. Fall von schwerer Dystokie nach präperitonealer Ventrofixation des total prolabierten Uterus.

Bei totalem Prolaps des Uterus bediente sich Verf. eines Verfahrens, das er die präperitoneale Ventrofixation des Uterus nennt. Es wird dabei die Serosa vom

am Fundus abgeschabt und diese Stelle unter Beiseiteschiebung des Bauchfells gegen die entblößte Muskulatur oberhalb der Symphyse mit zwei langsam resorbierbaren Catgutsuturen fixiert. Auf diese Weise wird der Uterus sehr fest und hoch suspendiert. Verf. beschreibt nun einen Fall, in dem diese Operation nebst Amputatio portionis, sowie vorderer und hinterer Kolporrhaphie und Dammplastik gemacht worden, und in welchem kurz nach der Entlassung bereits Schwängerung eingetreten war. Die Schwangerschaft selbst verlief ohne besondere Beschwerden, nur bildete sich ein sehr starker Hängebauch aus. Beim Beginn der Geburt war die Vorderwand des Uterus bis zu einer Höhe von ca. 12 cm oberhalb der Symphyse auffallend dick und fest, während die übrige Gebärmutterwand eine sehr starke Verdünnung zeigte. Der äußere Muttermund stand in der Höhe des Promontoriums und war vorn von einem derben, dicken Saum umgeben, der den Eingang ins kleine Becken völlig deckte. Die hintere Lippe war verstrichen. Wegen der Unnachgiebigkeit der vorderen Muttermundslippe wurde trotz beweglichen Kopfes und nur für 4 Querfinger offenen Muttermundes nach vorherigem Blasensprunge mittels Tarnier'scher Zange die Extraktion vorgenommen, die sich äußerst schwierig gestaltete und einen erheblichen Dammriß zur Folge hatte. Das schwer asphyktische Kind wurde bald wiederbelebt, das Wochenbett verlief normal. Im Wiederholungsfalle würde Verf. lieber mittels Sectio caesarea entbinden, da dies das minder gefährliche Verfahren sei. Eine Wendung erscheint wegen der Dünne der Uteruswand zu gefährlich, eine Inzision des vorderen Muttermundes wegen der schweren Erreichbarkeit desselben und der narbigen Verwachsungen mit der Blase zu schwierig!

4) J. C. Sjöblom. Fall von Hämatom im Musculus rectus abdominis sin. während der Schwangerschaft.

Bei einer IX-Gravida bildete sich am Ende der Schwangerschaft, nachdem am Tage vorher leichte Krankheitssymptome mit Fieber aufgetreten waren, ganz plötzlich unter heftigen Schmerzen eine links vom Nabel bis zur Symphyse reichende Geschwulst, die sich später bei der Operation als Hämatom erwies. Disponierend für die Entstehung solcher Hämatome während der Schwangerschaft ist die durch letztere bedingte Hyperämie und Dehnung der Bauchmuskeln. Außerdem scheint es, daß in den beobachteten Fällen — vielleicht infolge einer Infektionskrankheit — krankhafte Störungen der Muskulatur und Blutgefäße bestanden, die bei plötzlichen, heftigen Kontraktionen zu Blutung führen mußten.

5) Otto Engström. Zur Behandlung der Tubenschwangerschaft in früheren Stadien.

Verf. hat 147 Tubenschwangerschaften operativ behandelt, von denen sich 142 in den ersten Monaten befanden. Mit Ausnahme von drei Fällen, die bereits schwer septisch zur Operation kamen, genasen alle Operierten. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Verf. in den meisten Fällen operativ vorzugehen (Laparotomie!); und zwar sobald wie möglich, auch wenn sich ein kleines Hämatom gebildet hat. Nur wenn die Gravidität sehr früh geendet und zu kaum nachweisbarer Blutung geführt hat, darf man exspektativ behandeln — vorausgesetzt, daß sich die Frau in einem geeigneten Krankenhause befindet.

6) O. A. Boije. Zur Behandlung der vorgeschrittenen Extrauterin-Schwangerschaft.

In kurzer übersichtlicher Weise bespricht Verf. auf Grund der in der Literatur gefundenen Angaben, sowie der Operationsresultate Engström's die Therapie der vorgeschrittenen Extra-uterin-Schwangerschaft. Sowohl bei lebendem als totem Kinde empfiehlt er ein sofortiges operatives Vorgehen. In ersterem Falle kann ausnahmsweise gewartet werden, wenn die Mutter dringend ein lebendes Kind wünscht, doch darf dann die Operation nicht vor der 34. bis 36. Woche geschehen. Verf. empfiehlt, womöglich stets die Placenta zu entfernen, vorausgesetzt, daß sie nicht in die Blutbahnen von Darm und Mesenterium eingebrochen ist — besonders wenn die Placentarzirkulation ungestört fortdauert. In solchen Fällen muß man

die Placenta zurücklassen und die Bauchhöhle nach Möglichkeit vor Infektion zu schützen suchen. Bei infizierten Fällen ist der vaginale Weg vorzuziehen, falls die Frucht auf diesem ohne größere Schwierigkeit zugänglich ist.

Michel (Koblenz).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Zu dem Bericht in Nr. 35 ds. Bl. über die 546. Sitzung vom 23. April 1906 ist nachzutragen:

Herr Littauer: Demonstrationen.

1) Zwei Fälle von sog. Missed abortion.

a. Mumifizierter Fötus des 3.—4. Schwangerschaftsmonates, welcher 2½ Monate in utero abgestorben zurückgehalten war. Der Fall war 2 Monate vor Ausstoßung der Frucht von L. richtig gedeutet worden, während von anderer Seite die Diagnose Myom gestellt worden war.

b. Beginnende Skelettierung bei einem Fötus Mens. III, welcher, knapp 14 Tage abgestorben, retiniert war. Besonders an den Rippen der rechten Thoraxseite ist die Skelettierung sehr deutlich, die Knochen liegen an der Vorderfläche von Weichteilen völlig entblößt da.

2) Cholesteatom des Nabels.

Bei einer Pat., die schon einmal vor 5 Jahren an Nabeleiterung gelitten hatte machte sich wegen erneuter Eiterung eine Inzision in das entzündlich geschwollene periumbilikale Gewebe nötig; hierbei kam es zur Entleerung einer weintraubengroßen Geschwulst, welche, zum größten Teil aus Detritus bestehend, mehrfach dünne perlmutterglänzende Schalen enthielt. Der kleine Tumor entsprach völlig dem Bilde, welches die im Ohre nicht selten vorkommenden Cholesteatome darbieten. Wahrscheinlich war es bei der Nabelentzündung vor mehreren Jahren durch Hautverklebung zur Bildung einer mit Epithel ausgekleideten Höhle gekommen, welche sich dann mit den abgestoßenen Epithelien der weiter funktionierenden Haut anfüllte.

3) Hochgradig verfetteter Herzmuskel (mikroskopisches Präparat Prof. Kockel) als Ursache eines Chloroformtodes.

19jähriges Mädchen mit Kolossaltumor des Abdomens starb während der Hautdesinfektion nach Verbrauch von ca. 10 g Chloroform. Bei der Sektion zeigte sich, daß eine Parovarialcyste von 32 Pfund vorlag, während der übrige Körper nur 65 Pfund wog. Wegen der vorhandenen Lungenkompression hatte L. geglaubt, von Äther Abstand nehmen zu müssen, während er nach Schleich wegen der Ängstlichkeit der Pat. nicht operieren wollte. Krönig's Mitteilungen über Morphium-Skopolaminnarkose waren, als L. operierte, noch nicht erschienen.

Herr Scharpenack demonstriert den schon in der Sitzung vom 20. März 1905 demonstrierten Uterus gravidus, der, wegen Karzinom exstirpiert, spontan zu kreißen angefangen hatte, nach vollendeter Fixation im Längsdurchschnitt. Es zeigt sich deutlich, daß wirklich ein Kreißvorgang sich abgespielt hat — die Placenta hat sich im Fundus zum Teil gelöst, die Eihäute sind in der Richtung auf den inneren Muttermund verzogen. Der Embryo liegt mit dem Beckenende voran. Das Portiokarzinom ist auf dem Schnitt fast talergroß.

Die Vorstandswahl ergibt, nachdem Herr Donat eine Wiederwahl zum Schriftführer abgelehnt hatte: Zweifel, I. Vorsitzender, Glockner, II. Vorsitzender, Backhaus, Schriftführer, Clarus, Kassenführer.

---

547. Sitzung vom 21. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr C. Backhaus.

Herr Zweifel eröffnet die Sitzung mit Worten des Dankes an Herrn Donat, der 17 Jahre Schriftführer der Gesellschaft war.

I. Herr *Carl Hennig* sprach über das *Wachstum der weiblichen Pfannen*.

Wenn man von dem Termine des Zustandes beim neugeborenen Mädchen ausgeht, so ist mit zunehmenden Jahren eine nicht ganz gleichlaufende Raumzulage in der Gelenkhöhle der Oberschenkelköpfe zu bemerken: die Individualität tritt hin und wieder als Faktor hinzu und überholt sogar die erbliche Mitgabe. So kann die Entwicklung eines Kindes vom 5.—8. Lebensjahre in bezug auf Wölbung der Pfanne an Wert stehen bleiben, um dann nachzuholen. Hierbei ist rachitische Anlage nicht stets im Spiele. Ein Analogon findet sich in späteren Epochen: Frauen, deren Entwicklung noch nicht vollendet war, wachsen während der Schwangerschaft nicht fort. Gewisse männliche Zuchttiergattungen, welche man bis zur erlangten Zeugungsreife von der Begattung zurückhält, erlangen eine beträchtlichere Größe, wachsen also längere Zeit als andere, denen man gestattet, trächtig zu werden.

Ähnlich steht bei *Pflanzen* das allgemeine Wachsen während der Blüte still; es endigt bei den einjährigen für immer, bei den mehrjährigen für eine gewisse Zeit. Das Leben eines höher organisierten Tieres währt um so länger, je mehr Zeit sein Wachstum erfordert.

Sehen wir uns zunächst die *Gestalt der Pfanne* näher an, so können zum Vergleiche untereinander nur Kinderbecken dienen, welche bei der Herausnahme in verdünnten Weingeist gesetzt oder mit Gipsbrei ausgegossen waren.

Dabei ergibt sich, daß der *Durchmesser der Pfannenhöhle* von 1,5 cm (6.—12. Monat nach der Geburt) auf 4,6 cm (Erwachsene) steigt.

Die Tiefe der Pfanne, bei der Geburt des Kindes = 0,5 cm, weitet sich nach der Beckenhöhle hin bis zu 3 cm (15jähriges schön gewachsenes Mädchen) aus. Hierbei ist zu bemerken, daß im frischen Zustande das Labium cartilagineum des Pfannenrandes jenseits des 6. Lebensjahres um einige Millimeter über den Halbmesser der Kugel *übergreift*, so daß *Luxation* des Schenkelkopfes um so schwerer sich zuträgt, je entfernter sich das Kind von der Geburt befindet.

Da in einigen Beispielen die *angeborene Verrenkung* im Hüftgelenk auf *zu flach gebildete Pfanne* bezogen wird, so gewinnt der Befund Bedeutung, daß unter meiner Sammlung die Tiefe der Pfanne gesunder Mädchen folgendermaßen geschwankt hat:

VIII, Alter $5^3/_4$ Jahre	IX, 8 Jahre	XII, 15 Jahre	XIII, erwachsen
Tiefe d. Pf. 1,9	1,7	3	2,5 cm.

Dabei beträgt der Durchmesser der Pfanne bei Becken VIII 4,0 cm
» » IX 2,8 »
» » XII 4,5 »
» » XIII 4,6 »

Die Distantia cristae	Die Höhe des kl. Beckens
bei VIII 20,6	14,5
» IX 16,7	12,4
» XII 29,5	19,5
» XIII 28	17,4

Auffällig tritt die Tiefe der Pfanne aus der Proportion heraus; man vergleiche Becken VIII mit Becken IX, und Becken XII mit Becken XIII.

Es ist bemerkenswert, wie häufig hier zulande das freiwillige Hinken, also *Luxatio coxae congenita* gegenüber der coxalgica dem Beobachter namentlich bei Mädchen in die Augen springt. Ich darf hierzu die Leichtigkeit fügen, mit welcher ein zu enger Raum des Fruchthalters, z. B. bei zu geringer Fruchtwassermenge in den letzten Monaten, als Hebel ansetzt, durch welchen das distale Ende des Schenkels das proximale, also den Gelenkkopf aus dem Pfannenschluß um so leichter herausdrängt, je flacher die Pfanne angelegt ist; vgl. das Tageblatt der Verhandlungen auf der Versammlung der Naturforscher und Ärzte, gynäkologische Sitzung, zu Halle.

Nach *Gegenbaur* verwachsen die drei Knochen der Pfanne erst in der Pubertät miteinander. In den knorpelig gebliebenen Teilen treten Knochenzonen

auf, so im Tuber ischii, im Symphysenende des Schambeines, in der Crista des Darmbeines und in der Spina iliaca anterior inferior. Die Verschmelzung dieser Kerne mit dem Hauptstück erfolgt erst gegen das 24. Lebensjahr.

Wie am Schulter-, so kommen auch am Beckengürtel Nebenkerne vor, von denen einer, der zuweilen im Knorpel der Pfanne auftritt, der wichtigste ist und als »Os acetabuli« beschrieben wird. Die anderen im Darmbeinkamm, in den Spinae und im Tuber ischii gesellen sich zum Hauptknochen erst am Ende der Wachstumsperiode hinzu (Oscar Hertwig, Die Elemente der Entwicklungsgeschichte. Jena 1900. p. 388).

Durch diese Angaben wird begreiflich, daß 1) bisweilen der tiefste Teil der Gelenkgrube einem anhaltenden Drucke, z. B. in lange genötigtem Liegen auf einer Seite dauernd nachgibt und schließlich zur Perforation des Gelenkgrundes führt (vgl. Becken Nr. 86 in der Sammlung der Kgl. Entbindungsschule zu Leipzig — Loch in der rechten Pfanne und im rechten Darmbeine des runden, allgemein zu großen Beckens —); 2) daß die individuell wechselnde Zeit der endlichen Verknöcherung des Beckens eine Lockerung, ein vorübergehendes Klaffen während der Geburt zuläßt, angedeutet durch das Saftigerwerden der Gelenkverbindungen des jugendlichen Beckens kurz vor der Geburt, welches krankhaft und verhängnisvoll wird in den selten vorkommenden Erschlaffungen der knorpelig-sehnigen Verbindungen, welche in der Schwangerschaft bereits zum Wackelgange und zu heftigen Schmerzen in den Beckengelenken führen können, wofern nicht ein breiter elastischer Beckengurt dem Übel vorbeugt und im Wochenbett abhilft.

Einen solchen Haltgurt hatte ich einer Drittgebärenden zu verordnen, bei welcher ich wegen Trichterbecken ersten Grades und früher besorglich verletzten Dammes die Frühgeburt mit Erfolg einleitete. Diese Dame hat das nächste Kind ohne Beschwerden und ohne Nachteil geboren.

Der zentrale Schaltknochen tritt an der Pfanne eines 14jährigen Mädchens meiner Sammlung auf, hängt aber bereits proximal rechts mittels einer 1 cm breiten Zacke mit dem Winkel zwischen Darm- und Schienbein zusammen.

Es liegt nahe, daran zu denken, daß solcher Schaltknochen ähnliche Bewandtnis hat wie die Ossa intercalantia an Schädeln, welche infolge schnellen Wachstums des Inhaltes (Hyperplasia cerebri rachitica hydrocephalus) mit der Knochenzufuhr nicht alsbald nachkommen konnten. Inselförmige Einlagen finden wir auch in der Pfanne mit stark zackigen Nähten des auffallend weiten Beckens Nr. 14 von einem kräftigen Dienstmädchen (meine Sammlung): Dist. spinar. 22,5; crist. 29; Conj. ext. 22; Diam. obl. 25. Hier bestand auch noch ein bis 4 mm breiter Knorpelstreifen in der Naht zwischen Sitzbein- und Schoßbeinstück der Pfanne. In einem Becken einer 20jährigen Person waren die sämtlichen Pfannennähte noch anwesend. Auch Kölliker gibt an, daß sich die Epiphysen und die Fortsätze der Extremitäten teilweise erst gegen Ende der Wachstumsperiode mit den Diaphysen vereinen. Schweigel sah die Pfanne bisweilen erst im 26. Jahre verknöchern. In besonderer Fürsorge hat die Schöpfung gewissen Seesäugern vorgesehen: die Schoßfuge bietet bei etlichen bandartiges, also nachgiebiges Material dar; die Fuge der Seehündin klafft, wie ich in unseren Verhandlungen 1883 p. 6 ff. dargelegt habe, während des Durchtrittes ihres Jungen bis zur Weite zweier Finger, um sich dann, ähnlich wie das »Gummibecken« oder wie die osteomalakischen Sitzbeinäste des menschlichen Weibes, wie beim Meerschwein, sofort wieder zu schließen.

In dem Becken Nr. 74 der Sammlung des Leipziger gynäkologischen Institutes haben die Oberschenkelköpfe bei der allgemeinen Raumsperre ihre Pfannen nach der Beckenhöhle hineingedrückt.

Auch im hinteren Raum ist für einen geringen Grad von Nachgiebigkeit während der Treibwehen gesorgt: Eduard Weber in Leipzig, der Entdecker des Einflusses der Nervi vagi auf die Herztätigkeit hat schon in der ersten Hälfte der vierziger Jahre nachgewiesen, daß in jedem normalen Becken Hüftbeine und Kreuzbein nicht bloß durch Bänder zusammengehalten werden, sondern daß beide Facies auriculares spaltförmig, mit Synovia versehen und gegeneinander verschiebbar sind. Umgekehrt verknöchern die Pfannen völlig in seltenem Bei-

spiele schon im 13. Jahre: Mädchen aus Brüssel, dessen Becken Albrecht aus Brüssel zur Versammlung der Anthropologen nach Karlsruhe brachte.

Die Möglichkeit eines Nachgebens der Verbindungen des kleinen Beckens kraft langsameren Wachstums während der Pubertät, ausnahmsweise während der ersten Geburt jüngerer Frauen kraft des Druckes der durchgetriebenen Frucht auf die Beckenwände, beschäftigte H. schon im Jahre 1877 (vgl. Mitteilungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig, p. XII—XVII), noch ehe Zweifel den Feldzug für die Symphyseotomie angetreten hatte. Doch fehlten den damals beigebrachten drei Geburtsgeschichten noch die mathematischen Beweise. In den letzten Jahren wurde H. aufs neue jenem Thema nahegebracht infolge eines Ereignisses, in welchem er während der zweiten Entbindung einer sonst gesunden Landsmännin in Wirksamkeit trat.

Im Jahre 1900 erlitt die 24 Sommer zählende Dame die erste Niederkunft unter Beistand eines praktischen Arztes. Die Frucht wurde nicht am Leben erhalten.

Der zweiten Geburt stand H. bei, 9 Monate nach der ersten. Die Frucht trat schwer in den Beckeneingang; der Mutterhals gab trotz Narkose und Vollbades nur zögernd nach, so daß Kolpeurynter, Sekale und ein Bougie nachhelfen mußten. Der Kopf, in IIb Schädelstellung, rückte zögernd herab, obgleich erst die Mitte der Schwangerschaft erreicht und der Schädel nicht ungewöhnlich groß noch hart war. Die Herztöne, schwächer und seltener werdend, geboten Anlegen der Zange, welche mehr durch Druck von oben als seitlich pressend zu wirken hatte; auch ging kein Kindpech ab. Das schwächliche Mädchen kam mit stürmischer Schlußwehe sterbend zur Welt, erholte sich auch nicht. Dritte Geburt in einer Stadt jenseits des Rheines, wieder Zangenentbindung. Die Neugeborene, ebenfalls schwach, kam, durch Kognak ernährt, erst am 3. Tage zum Aufschlag der Augen, wurde von der Mutter $^5/_4$ Jahre gestillt.

Kraft der bisherigen Darlegungen darf man annehmen, daß die in Rede stehende Frau ein Becken besitzt, dessen Pfannen der Nachgiebigkeit im Raume folgten und an der so wesentlich gewordenen Erweiterung teilnahmen.

Vierte Geburt: »Der Arzt kam erst $^1/_2$ Stunde post festum«. Knabe wieder über 1 Jahr gestillt.

Fünfte Geburt, 1906: »Die Pflegerin hatte nur eben Zeit, den Mantel abzuwerfen, um zuzugreifen«; Arzt war nicht erfordert. Auch dieser Sohn lebt noch.

Nach diesem sorgfältig vom Gatten ergänzten Bericht erübrigt es dem Redner, die Messungen des Beckens der jungen Dame herzusetzen:

I. Am 17. September 1900 durch H., vor der zweiten Entbindung: Spinae 20, Cristae 24, Troch. 30, Conj. ext. 18 cm, bei 88 cm Unterleibs- und 68 cm Schenkelumfang.

II. Am 11. Mai 1901 nach der zweiten Entbindung: Spinae 21, Cristae 28, Troch. 31, Conj. ext. 19, Conj. diag. 11 cm, demnach Conj. vera etwa 9,5 cm.

Wir haben demnach ein einfach plattes Becken vor uns, welches nach der zweiten, langwierigen Geburt eine Zunahme der inneren Maße von 1,4, 1,1 cm aufweist; darauf lebende Kinder, jede folgende Geburt nach der dritten überraschend schnell und leicht; offenbar war die Dame nach der zweiten Entbindung noch im Wachsen, jenseits der gewöhnlichen Grenze der Pubertät.

II. Herr C. Hennig, ein drittes Beispiel von Labium pudendi perforatum.

Während in dem ersten und zweiten Beispiel (siehe diese Mitteilung 1905, die Fälle von Rokitansky und Carl Hennig) angeborene Lücken der kleinen Lefzen vorlagen, betrifft der neueste Fall einen erworbenen Defekt der rechten, sonst normalen Lefze. Er betrifft eine II.-Schwangere, welche als Kind auf einer Stiege gefallen war und ohne Beschwerden ein Loch von 15 mm Längs- und 10 mm querer Ausdehnung und glatten, feinen Rändern davon trug. Der untere Rand der Lücke steht wagrecht in gleicher Linie mit der Harnröhrenmündung und den Mündungen der beiden Glandulae parurethrales. Die betroffene Lefze ist oben 12 mm dick, unten 10 mm. Der untere Rand des Defektes und eine Straße von

da wagrecht nach innen bis ins Vestibulum glänzen weißlich, sind aber nicht derb; ober- und unterhalb dieses Streifens gibt es flache, schwach gelbliche Erosionen. Die Scheide ist blennorrhoisch; Leistendrüsen sind tastbar, schmerzfrei — Zeichen von Lues fehlen.

Diskussion. Herr Tillmanns: Der sog. Pfannenknochen (Os acetabuli, Os cotyloideum, Os coxae quartum), von Albin in Holland 1737 beim Menschen und bei verschiedenen Säugetieren entdeckt, tritt beim Menschen nach W. Krause, Gegenbaur und Waldeyer als entsprechender Knochenkern etwa im 12. Lebensjahre auf und verschmilzt mit den benachbarten Knochenkernen bis zum 18. Lebensjahre. W. Krause hat den Pfannenknochen bei 40—50 Tierspezies nachgewiesen, der Grad seiner Ausbildung wechselt sehr. Nach Holl wird die Pfanne meist vom Os acetabuli, Os ilium und Os ischii gebildet. Gewöhnlich liegt der Pfannenknochen kopfwärts von der Incisura acetabuli, er drängt bald nur das Os pubis von der Pfanne ab, bald schließt er auch das Os ilium von der Pfanne aus und verknöchert später als die drei anderen Knochen des Os coxae.

Herr Freund (Halle): Meines Wissens gehört zu den vom Vortragenden erwähnten Tieren, die nicht durch, sondern neben dem Becken vorbei gebären, auch der Maulwurf. Das Becken desselben ist so eng und durch Synostosis sacro-iliaca undilatierbar, daß nur das Rektum darin Platz hat; die Symphyse ist ein sehr feiner Spalt; darum erfolgt der Partus vor dem knöchernen Becken.

III. Herr Rauscher: Über Lumbalanästhesie und Kombination derselben mit Morphium-Skopolamininjektionen.

Die lumbale Anästhesie wurde in der Leipziger Universitäts-Frauenklinik in insgesamt 40 Fällen bei Laparotomien und größeren Operationen angewandt. Davon kam in 21 Fällen die Stovainlumbalanästhesie allein, in 19 Fällen kombiniert mit Morphium-Skopolamininjektionen (nach dem von Penkert aus der Krönigschen Klinik publizierten Verfahren) zur Anwendung. Diese beiden Gruppen sollen in nachfolgendem gesondert betrachtet werden.

Die Technik der Lumbalpunktion war in beiden Serien dieselbe: Es wurde zwischen 3. und 4. Lendenwirbel, meist zwischen den Processus spinosi, in einzelnen Fällen etwas seitlich von der Mittellinie eingegangen. Zur Anwendung kam mit Ausnahme von zwei Fällen, in denen Novokain-Höchst injiziert wurde, Stovain-Billon in Ampullen. Die Injektion erfolgte stets erst, wenn Liquor cerebrospinalis in Tropfen oder im Strahl ausgetreten war, und zwar wurde nach erfolgreicher Punktion mit dem Spritzenstempel etwas Liquor angezogen und mit dem Inhalt der Spritze vermischt. Die injizierte Menge betrug im allgemeinen 0,06 Stovain. Im Anfange wurde nach mehreren Mißerfolgen die injizierte Menge bis auf den Inhalt von zwei Ampullen = 0,16 Stovain gesteigert, jedoch aus weiter unten geschilderten Gründen sehr bald wieder davon Abstand genommen. Die Anästhesie trat binnen 3—8 Minuten bis Nabelhöhe reichend ein. Ihre Dauer betrug 18 Minuten bis $1^3/_4$ Stunde. In über der Hälfte der Fälle wurde Beckenhochlagerung angewendet.

In der ersten Serie (Lumbalanästhesie allein) wurde unter 21 in 14 Fällen die Operation ohne Allgemeinnarkose beendet, während 7mal eine solche zu Hilfe genommen werden mußte. In 12 von den 14 Fällen war die Anästhesie eine vollkommene, in 2 Fällen eine nahezu vollkommene. Die mit ihr durchgeführten Operationen waren:

1 Darmresektion (bei schwerer Myokarditis);
1 abdominelle Totalexstirpation nach Wertheim;
3 Salpingo-Oophorektomien;
2 Probelaparotomien;
2 Myomektomien;
1 Exstirpation einer Parovarialcyste;
2 Alexander-Adams, davon 1 mit vorderer und hinterer Kolporrhaphie;
1 Prolapsoperation nach Wertheim.

In den 7 Fällen, die mit Allgemeinnarkose zu Ende geführt werden mußten, handelte es sich nur einmal um ein komplettes Versagen der Lumbalanästhesie. Statt Anästhesie trat hier zunächst Hyperästhesie, sodann ein ausgesprochenes Exzitationsstadium auf. In den anderen Fällen war Anästhesie vorhanden, jedoch von zu kurzer Dauer.

Begleiterscheinungen waren im allgemeinen nur in geringem Maße vorhanden. Übelkeit und Erbrechen, meist rasch vorübergehend, in 7 Fällen. Zweimal trat intra operationem Defäkation ein. 1 Fall, in dem während der Operation ein vollständiger Stillstand der Atmung eintrat, soll näher beschrieben werden. Es handelte sich um eine 42jährige, etwas anämische Pat. mit Myom und Kystom. Es wurden zwei Ampullen Stovain-Billon zwischen 3. und 4. Lendenwirbel injiziert. Die Anästhesie trat unter leichter Beckenhochlagerung überraschend schnell ein und reichte nach 3 Minuten bis Nabelhöhe. Nach Beginn der Operation wurde ihr weiteres Fortschreiten bis zur Höhe der Clavicula beobachtet. Die Pat., die sich erst lebhaft unterhielt, wurde still, sehr blaß, die Atmung dyspnoisch, der Puls kleiner. Trotz Aufforderung, tief Luft zu holen, machte sie nur flache Atmungen, Pat. erwidert, sie könne nicht tief Luft holen. Schließlich stand — 21 Minuten nach erfolgter Lumbalinjektion — die Atmung ganz still. Die leichte Beckenhochlagerung war bei Beginn der bedrohlichen Erscheinungen sofort in Flachlagerung verwandelt worden, es wurde jetzt künstliche Atmung eingeleitet und unterhalten. Provisorischer Schluß der Bauchhöhle. Nach 20 Minuten erst tat Pat. den ersten Atemzug wieder von selbst. Bemerkenswert war, daß der Puls während der ganzen Zeit, wenn auch merklich vermindert, fühlbar blieb und nie aussetzte. Nachdem sich Pat. unter Darreichung von Exzitantien und Überbringung in ein warmes Bett erholt hatte, wurde 1 Stunde später die Operation zu Ende geführt, wobei noch komplette Anästhesie vorhanden war. Die Pat. genas, und schilderte nachträglich, wie furchtbar ihr die Empfindung, nicht mehr weiter atmen zu können, gewesen sei und wie wohltuend sie die Einleitung der künstlichen Atmung empfunden habe.

Da es hier jedenfalls durch die große Dosis Stovain zu einer direkten Lähmung des Atemzentrums gekommen war, ist seitdem nicht mehr als 0,06 Stovain zur Anwendung gekommen.

Das Verhalten nach der Operation war meist überraschend gut. Aufstoßen und Erbrechen trat nur selten ein und war, wo vorhanden, viel rascher vorübergehend, wie bei Allgemeinnarkose. Es konnte infolgedessen meist schon am ersten Tage zu trinken gegeben werden. Besonders bei größeren Operationen war der von anderer Seite betonte Gegensatz gegenüber Narkotisierten sehr deutlich. Die Pat. machten nicht den Eindruck schwer Operierter. Nach Aufhören der Stovainanästhesie wurde häufig der plötzliche Eintritt von Schmerzen abnorm stark von den Pat. empfunden, so daß — im Gegensatz zu dem hier geübten Verfahren nach Allgemeinnarkosen — Morphium gegeben werden mußte.

In 1 Falle erfolgte 2 Stunden nach der Operation $^1/_2$stündiger Schüttelfrost ohne Temperaturerhöhung.

In 2 Fällen hielten die Schmerzen an der Einstichstelle der Lumbalpunktion mehrere Tage hartnäckig an, ohne daß eine lokale Reaktion sichtbar gewesen wäre.

Die Lumbalanästhesie in Kombination mit Morphium-Skopolamininjektionen wurde genau nach dem von Penkert aus der Krönig'schen Klinik veröffentlichten Verfahren ausgeführt. Die 19 Fälle, in denen es angewandt wurde, waren:

- 7 Totalexstirpationen nach Wertheim;
- 2 » » Doyen;
- 3 » per vaginam;
- 2 Salpingo-Oophorektomien;
- 1 Kystomektomie;
- 1 Exstirpation von Parovarialcysten;
- 1 Prolapsoperation nach Wertheim;
- 1 Intraperitoneale Ligamentverkürzung;
- 1 Myomektomie.

Ein vollständiger Erfolg war in 10 Fällen, also reichlich der Hälfte, zu verzeichnen. Bei 5 Fällen davon handelte es sich um einen Dämmerschlaf mit kompletter Amnesie; die anderen fünf Pat. wußten sich teilweise an Vorgänge, resp. Schmerzempfindungen bei der Operation zu entsinnen.

In 9 Fällen wurden die Operationen mit Äther zu Ende geführt, davon war nur in einem ein vollständiges Versagen der Anästhesie zu konstatieren, in einem anderen war gute Anästhesie zunächst vorhanden, jedoch trat Stillstand der Atmung ein, der die Operation zu unterbrechen zwang. In den 7 übrig bleibenden Fällen, die mit Narkose zu Ende geführt werden mußten, war Anästhesie in der Dauer von 30 Minuten bis $1^1/_4$ Stunde vorhanden. Die nötige Menge von Narkotikum war in allen Fällen sehr vermindert. Die Technik der Lumbalanästhesie war in dieser Reihe von Fällen die gleiche, doch wurde die Dosis von 0,08 Stovain nie überschritten, in der Regel nur 0,06 g injiziert.

Die Nebenerscheinungen sind bei diesem Verfahren entschieden geringer wie bei der reinen Lumbalanästhesie, Brechreiz ist nur zweimal notiert, in den voll ständig gelungenen Fällen liegen die Pat. wie Schlafende da und reagieren selbst auf stärkere Insulte des Peritoneums nicht oder nur geringfügig. Doch muß auch hier 1 Fall herausgehoben werden, bei dem während der Operation Stillstand der Atmung eintrat. Es handelte sich um eine 63jährige, kräftige, ziemlich beleibte Pat., bei der wegen Portiokarzinoms die Totalexstirpation nach W e r t h e i m vorgenommen wurde. Am Herzen bestand ein systolisches Geräusch an der Spitze, der Puls war irregulär, im Urin eine Spur Albumen. Nach den Morphium-Skopolamininjektionen zeigte sich Pat. etwas benommen. Nach Injektion von 0,08 Stovain trat in 5 Minuten Anästhesie bis Nabelhöhe ein. Unter Beckenhochlagerung nahm die vorher bereits bestehende geringe Cyanose rasch zu. 75 Minuten nach Beginn der Operation sistierte die Atmung unter hochgradiger Cyanose vollständig, der Puls war kaum fühlbar. Das Becken wurde sofort gesenkt, künstliche Atmung eingeleitet, außerdem Kampfer und Adrenalin subkutan injiziert. Eine volle $^1/_2$ Stunde mußte die künstliche Atmung fortgesetzt werden, bis der erste schwache Atemzug von selbst erfolgte. Nach einer weiteren $^1/_4$ Stunde war die Atmung tief und ausgiebig, die Operation mußte dann, da die Anästhesie aufgehört hatte, unter Äthernarkose beendet werden. Die Pat. erholte sich nach der Operation verhältnismäßig rasch. Am 3. Tage nach der Operation wurde der Urin der Pat. nochmals untersucht und ergab überraschenderweise neben dem früher schon festgestellten mäßigen Eiweißgehalt deutliche Zuckerreaktion. Unter entsprechender Diät schwand der Zucker zeitweilig vollständig, war aber bei der Entlassung in geringem Grade wieder vorhanden.

Der Kollaps war in diesem Falle noch schwerer wie in dem zuerst beschriebenen. Auch hier trat zunächst Atemstillstand ein, doch war auch der Puls während der Wiederbelebungsversuche zeitweilig unfühlbar. Hier kamen aber zu der Stovainwirkung noch andere ungünstige Momente hinzu, in erster Linie die Myokarditis und der Diabetes. Hätte die Untersuchung des Urins vor der Operation Zucker erwiesen, so wäre überhaupt von jedem Eingriff abgesehen worden.

Auch die N a c h e r s c h e i n u n g e n sind bei dem kombinierten Verfahren entschieden geringere. — In 1 Falle traten am 3.—5. Tage nach der Operation Kopfschmerzen auf, die sehr hartnäckig und intensiv waren. Es ist dies übrigens der einzige Fall von Kopfschmerz, der nach Lumbalanästhesie hier beobachtet worden ist. In 2 Fällen trat Abducenslähmung ein, in dem einen am 8., in dem anderen am 13. Tage nach der Operation. Analoge Fälle sind ja neuerdings mehrfach beschrieben und auf die Stovaininjektion zurückgeführt worden. Beide Pat. entzogen sich am 21. resp. 24. Tage der Behandlung und weiteren Beobachtung. In beiden war eine geringfügige Besserung bereits während des Aufenthaltes hier zu konstatieren gewesen.

Wenn nun auch gerade diese Serie eine größere Anzahl von Mißerfolgen enthält, so muß doch bemerkt werden, daß es sich nur um eine relative Insuffizienz des Verfahrens handelt, insofern als die Schwierigkeit und die zum Teil ungewöhnliche Dauer der Operationen zum Schluß die Anwendung der Narkose not-

wendig machte. Ähnlich war es ja auch in der ersten Serie von reinen Lumbalanästhesien. Überhaupt ist das Verfahren in den hier beschriebenen Fällen auf eine besondere Kraftprobe gestellt worden, insofern als es sich ausschließlich um Laparotomien handelte, die von Bier selbst als kein geeignetes Feld für Lumbalanästhesien bezeichnet worden sind.

Ein Vergleich zwischen dem kombinierten und dem einfachen Verfahren der Lumbalanästhesie ist aus den Resultaten der zwei beschriebenen Serien nicht ohne weiteres zu ziehen, da die zweite Serie an einer größeren Anzahl schwieriger und länger dauernder Operationen erprobt worden ist. Das kombinierte System hat sich als das leistungsfähigere erwiesen. Ein großer Vorzug desselben besteht darin, daß die psychische Erregung der Pat. vor der Operation meist vollkommen wegfällt. Die Dauer der Anästhesie ist im allgemeinen verlängert. Nach der Operation folgt in der Regel ein tiefer Schlaf, der stundenlang anhält. Der Übergang zum Erwachen und die Wiederkehr der Schmerzen tritt nicht so schroff ein. In den Fällen, die mit vollkommener Amnesie einhergehen, muß das Verfahren direkt als ein ideales bezeichnet werden.

Was die subjektive Zufriedenheit der Pat. mit den verschiedenen Verfahren anbetrifft, so war zu bemerken, daß die intelligenteren Pat. die Vorzüge der Lumbalanästhesie zu schätzen wußten, besonders wenn sie früher selbst narkotisiert worden waren oder an anderen Pat. die Folgen der Narkose vergleichsweise sehen konnten. Bei den minder intelligenten genügte ein Nachlassen der Anästhesie zum Schluß und Empfindlichkeit etwa bei der Hautnaht, um ihnen die ganze Operation in der Erinnerung schmerzhaft zu machen. Auch hier zeigte das kombinierte Verfahren gegenüber der einfachen Lumbalanästhesie einen Vorzug durch die entweder vollständige Amnesie oder doch meist eintretende Schwächung des Erinnerungsbildes.

Diskussion. Herr Zweifel: Bei dem Vortrage, den Sie eben gehört haben müssen die ernsten Ereignisse die Aufmerksamkeit mehr in Anspruch nehmen als die guten, die nur Bestätigungen zu den vielen schon publizierten Erfahrungen geben. Sie hörten von zwei schweren Atmungslähmungen. Was ich noch nachtragen will, sind zwei Abducenslähmungen.

Die Atmungslähmungen sind Ihnen ausführlich mitgeteilt, und wenn in dem ersten Falle die große Dosis und die rasch eingeleitete Beckenhochlagerung für dieselbe kausal in Anspruch genommen werden kann, so war im zweiten Falle weder die Dosis zu hoch — nämlich nicht ganz ein Billon'sches Fläschchen — noch die Beckenhochlagerung rasch angeschlossen worden.

Die zweite Kranke hatte vor der Lumbalinjektion des Stovains zwei Spritzen mit Skopolamin 0,0003 und Morphium 0,01 g bekommen. Wir wollen keinen Augenblick mit der Erwägung verlieren, ob diese Lähmungen der Atemmuskeln dem Skopolamin zuzuschreiben seien, weil jetzt mehrere Abducenslähmungen nach alleiniger Anwendung von Stovain beobachtet wurden. Der erste Fall von schwerster Atemlähmung ist dadurch besonders interessant, als die Frau die ganze Zeit bei vollem Bewußtsein blieb und über alle Vorgänge genau Bescheid gab. Als man ihr zuredete, »tief Luft zu holen«, nickte sie mit dem Kopfe verneinend, und das Nicken war unverkennbar der Ausdruck der Empfindung: »ich kann ja nicht« Sie hatte diese Worte gehört, und dies auch empfunden, wie sie uns später nach der Erholung bestätigte. Sie erzählte weiter, daß der Assistent, welcher mit ihr zu »turnen« begann, ihr geholfen habe, sie hätte empfunden, daß diese Bewegungen ihr nützten. Das Turnen waren die künstlichen Atembewegungen mit Erheben und Senken der Arme.

Als erster Vorbote zur Wiederkehr der eigenen Atmung gab sich ein geringes Runzeln der Stirnhaut über dem rechten Auge zu erkennen, und dieses belebte die Hoffnung und den Eifer in der Fortsetzung der künstlichen Atmung.

Sicher kann es sich bei diesen Atmungslähmungen nur um eine lokale Wirkung auf Nervenwurzeln handeln, aber hoch hinauf bis zu den vorderen Wurzeln der Cervicalnerven. Die vollständige Unmöglichkeit, Atemzüge willkürlich oder unwillkürlich auszuführen, deutet auf eine Lähmung des Nervus phrenicus, der seinen

Ursprung vom 3. und 4. Cervicalnerven hat. — Wenn jedoch der Einfluß des Stovains so weit hinaufreichte, so waren auch die Nervenursprünge der Auxiliarmuskeln betroffen, da dieselben von den unteren Cervicalnerven abgehen. Das Zentrum der Herzbewegung muß dagegen unbeeinflußt geblieben sein, da der Puls während der ganzen Zeit regelmäßig weiter schlug.

Im zweiten Falle, bei welchem die Atemlähmung 30 Minuten bis zum ersten eigenen und oberflächlichen Atemzuge dauerte, und 40 Minuten bis die Respiration wieder normal war, schlief die Kranke unter dem Einfluß des Morphium-Skopolamins. Beide Kranke sind übrigens genesen.

Noch interessanter waren die Abducenslähmungen. Die erste dieser Störungen trat bei einer Frau, welche die ganze Skopolamin-Morphium-Stovainanästhesie mit dem besten Erfolg überstanden und während der ganzen Dauer der Wertheim'schen Totalexstirpation nichts empfunden hatte, am 13. Tage auf und machte sich bemerkbar durch Doppelbilder und Schielen mit dem rechten Auge. Der hinzugezogene Spezialist, Herr Professor Krückmann, ließ die Frage nach der Ursache offen. Diese wurde jedoch 2 Tage später dadurch klar, daß eine zweite Pat. mit der gleichen Anästhesie ebenfalls eine Lähmung des M. rectus externus bekam und ganz wie die erste Doppelbilder sah.

Bei beiden Frauen wurde die Prognose der Augenaffektion günstig gestellt und durch den Verlauf auch bestätigt.

Herr Freund: In der Hallenser Frauenklinik wenden wir seit mehr als 1 Jahre die Spinalanästhesie an und verfügen nunmehr (bis zum heutigen Tage) über 191 Fälle, bei denen es sich, wie Sie aus der Tabelle (Demonstration) ersehen, meist um größere gynäkologische Operationen handelt, unter ausgedehntester Anwendung der Beckenhochlagerung: 94 Laparotomien, darunter 39 abdominale Uteruskrebsoperationen, 10 Laparotomien, verbunden mit vaginalen Operationen, 26 Alexander-Adams, 15 Alexander-Adams mit vaginalen Plastiken, 45 vaginale Operationen, 1 Exitus letalis vor der Operation. — Darunter waren 164 gute, 27 schlechte Narkosen. Bei letzteren handelte es sich in der Regel nicht um völliges Versagen, sondern um mangelhafte oder halbseitige Anästhesien. Das Fehlschlagen ist eben noch der Hauptfehler der Methode und in neuerer Zeit schon wesentlich eingeschränkt durch die verfeinerte, auf besseren anatomischen Grundlagen fußende Technik, die wir Bier-Dönitz verdanken. Das praktische Ergebnis der interessanten Dönitz'schen Forschungen läßt sich in folgenden Punkten zusammenfassen: Möglichst hoch, also mindestens zwischen 2. und 3. Lendenwirbel, und genau median zwischen den Dornfortsätzen injizieren. Die Kanüle wird mit dem Mandrin bewaffnet und durch die Haut ca. 1 cm tief eingestoßen, dann ohne Mandrin vorsichtig bis zum reichlichen Liquorabfluß vorgeschoben. Auf diese Weise hat man die Sicherheit, nur in den hinteren Abschnitt des Arachnoidealraumes, der die sensiblen Wurzeln führt, zu gelangen. Anderenfalls könnte die mit Mandrin armierte Kanüle bei zu tiefem Einstoßen in den vorderen, die motorischen Wurzeln führenden Raum gelangen, und das dort deponierte Stovain bei Beckenhochlagerung die wichtigen motorischen Zentren lähmen, wie es bei dem einzigen Todesfall angenommen werden muß, den wir kurz nach der Injektion nach leichter Beckenhochlagerung bei einer 73jährigen asthmatischen Frau erlebten. Sonst sahen wir keine ernsteren Begleiterscheinungen. In $1/4$ der Fälle tritt nach 30—40 Minuten leichtes Würgen auf. Von Nacherscheinungen notierten wir 4mal Kopfweh, davon 3 ganz leichte, nur in 1 Fall hielt es 2 Tage an; 4mal Kollapse ohne bedrohliche Symptome, 4mal schmerzhafte Arm- und Handkontrakturen, die nach wenigen Stunden von selbst verschwanden. Die großen Vorteile gegenüber den Inhalationsnarkosen überwiegen diese geringen Nachteile der Methode so enorm, daß diese in ihrer jetzigen Form nicht warm genug zu empfehlen ist. Was die Kombination mit Morphium-Skopolamin betrifft, so sind wir durch einen schlecht verlaufenen Fall, sowie durch die eben gehörten Resultate der Leipziger Klinik, nicht gerade zu weiterer Anwendung ermutigt. Wir scheuen vor allem die Zuführung von so vielen giftigen Stoffen und

werden zunächst den Verlauf weiterer Experimente mit der kombinierten Methode seitens der Leipziger Klinik abwarten. Zur Anwendung kam in Halle nur das Stovain-Suprarenin Billon (8 cg für Laparotomien) und das Novokain Höchst (0,1 cg für vaginale Operationen).

Herr Glockner: Ich möchte Ihnen kurz über meine, allerdings sehr bescheidenen, persönlichen Erfahrungen berichten, welche ich mit der Lumbalanästhesie mit und ohne Morphium-Skopolaminnarkose bei gynäkologischen Operationen gemacht habe.

Ich habe als Lumbalanästhetikum mit Ausnahme eines Falles gleichfalls das Stovain angewandt.

In dem einen Falle, den ich vor etwa $^3/_4$ Jahren operierte, kam Novokain zur Verwendung, welches damals gerade in der hiesigen chirurgischen Klinik ausgeprobt wurde. Die Dosis betrug 0,15 mit Adrenalinzusatz; die Pat. wurde nach der Injektion, um eine höher reichende Anästhesie zu erhalten, für etwa 5 Minuten in mäßig steile Beckenhochlagerung gebracht. Die Anästhesie trat nach etwa 10 Minuten in vollkommen ausreichender Weise ein; begleitet war dieselbe im Beginne von Übelkeit, Kopfschmerzen, Brechreiz, doch kam es nicht zum Erbrechen und gingen diese Erscheinungen im Verlauf einer halben Stunde etwa wieder zurück. Ich machte — es handelte sich um einen großen Prolaps — eine sehr ausgedehnte vordere Kolporrhaphie, die Alexander-Adams'sche Operation mit Tubensterilisation durch Exstirpation der Tuben durch den Leistenring, ohne daß hierbei nennenswert mit Schmerzen reagiert wurde. Gegen Beendigung der Alexander-Adams'schen Operation, gut 1 Stunde nach Beginn, also zu der Zeit, für welche die Anästhesie gewöhnlich nur anhält, trat die Schmerzempfindung wieder auf, vor allem bei Zerrungen an den Zipfeln des eröffneten Processus vaginalis peritonei, weniger beim Anziehen des Ligaments, während die Manipulationen an der Tube überhaupt kaum empfunden wurden. Als letzten Akt der Operation machte ich dann noch eine sehr ausgedehnte hintere Kolporrhaphie. Die Anästhesie am Damme war zwar nicht mehr vollständig, hätte aber zur Beendigung wohl noch ausgereicht bei einer weniger empfindlichen Person, so daß ich, aber mehr aus äußeren Gründen, gezwungen war, schließlich noch eine leichte Äthernarkose zu Hilfe zu nehmen. Als Nacherscheinungen traten ziemlich starke Kopfschmerzen, welche bis zum anderen Tage anhielten, sowie eine starke Pulsverlangsamung bis auf 48 Schläge in der Minute, ein, welche mich anfangs beunruhigte. Die Pulsverlangsamung hielt bis zum 3. Tage an. Auf diese Erscheinungen hat bei Anwendung des Novokains auch Opitz in seinem unlängst erschienenen Aufsatz aufmerksam gemacht.

Der weitere Verlauf war ein vollkommen ungestörter.

Mein Eindruck des Falles war der, daß für die Zeit von etwa $1^1/_2$ Stunden die Anästhesie eine allen Ansprüchen genügende war, daß aber das Operieren bei vollem Bewußtsein der Pat. doch so große Unzuträglichkeiten mit sich bringe, daß die allgemeine Einführung der Methode, gerade bei Frauen und in der Privatpraxis, große Bedenken hätte und doch wohl auf die Fälle beschränkt werden müßte, in welchen eine strenge Kontraindikation gegen die allgemeine Narkose besteht. Ich habe deshalb diesen Versuch bis zum Erscheinen des Artikels von Penkert aus der Krönig'schen Klinik nicht wiederholt.

Seitdem habe ich in einer Anzahl von Fällen — es sind etwa 1 Dutzend — die Lumbalanästhesie mit Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf benutzt. Hinsichtlich der Technik bemerke ich, daß ich genau nach den Vorschriften von Krönig verfahren bin, im allgemeinen nur 0,0006 Skopolamin und 0,02 Morphium in zwei Dosen in einstündigem Intervall gegeben habe; in einzelnen Fällen wurde unmittelbar vor der Operation nochmals 0,00015 Skopolamin rein injiziert. Die Lumbalpunktion machte ich in sitzender Stellung zwischen 2. und 3. Lumbalwirbel, etwa $^3/_4$ cm von der Mittellinie entfernt, nach vorhergegangener Anästhesierung des Gewebes mit 0,5%iger Novokainlösung. Ein Nebennierensubstanzzusatz ist hierzu nicht notwendig bei der geringen Giftigkeit und den kleinen Mengen des zur Anwendung kommenden Mittels. Ich möchte hier bemerken, daß nach den

Versuchen der hiesigen chirurgischen Klinik, deren Mitteilung ich Herrn Dr. Heineke verdanke, das Novokain sich für örtliche Anästhesie von allen Mitteln am besten eignet, wogegen es für die Lumbalanästhesie wegen der hiermit verbundenen häufigeren und stärkeren Nebenerscheinungen verlassen wurde. Ganz ungeeignet ist, wie auch schon Braun hervorgehoben hat, das Stovain für die örtliche Anästhesie, weil dabei sehr leicht Gewebsreizungen, Gewebsnekrose entsteht. Die mit dem Novokain erreichte Anästhesie war für die Lumbalpunktion auch ganz ausreichend, es zuckten die Pat. allerdings unter dem Stich öfters etwas zusammen.

Für die Lumbalanästhesie wurde von mir das jetzt in der chirurgischen Klinik auch verwandte Stovain mit Suprarenin- oder Epirenanzusatz in den Riedel'schen Ampullen gebraucht. Eine solche Ampulle enthält etwa 2 ccm der 4%igen Lösung; hiervon habe ich nie über 1½ ccm injiziert. Die Anästhesie war dann schon 5 Minuten nach der Injektion eine genügende, um mit der Operation beginnen zu können.

Von Operationen habe ich in dieser Weise ausgeführt: mehrere Alexander-Adams' mit und ohne gleichzeitiger Tubenexstirpation, Abrasionen, Abortausräumungen, Wertheim'sche Prolapsoperation, ein vaginaler Kaiserschnitt, vaginale Totalexstirpation und eine Laparotomie bei doppelseitiger Saktosalpinx und stark verwachsener Retroflexio. Bis auf 2 Fälle hat sich mir die Narkose auch vollkommen bewährt. Die Pat. schliefen größtenteils, wenigstens zeitweise, während der Operation; die Amnesie war in allen Fällen in allen auf die Operation und die Vorbereitungen hierzu bezüglichen Einzelheiten eine vollständige, so wie sie von Penkert geschildert wurde.

In 2 Fällen hatte ich allerdings einen teilweisen resp. vollständigen Mißerfolg zu verzeichnen. Als Mißerfolg rechne ich die Fälle, welche durch mangelhafte Technik der Lumbalpunktion bedingt waren, natürlich nicht mit. In den beiden jetzt zu erwähnenden Fällen war die Lumbalpunktion und -injektion vollkommen ordnungsgemäß vor sich gegangen. Bei der erwähnten Laparotomie war die Eröffnung der Bauchhöhle reaktionslos verlaufen, dagegen wurde auf die Auslösung der stark verwachsenen Saktosalpingen und des Uterus, und dann namentlich auch beim Knoten der Ligamentligaturen, deutlich durch leichtes Pressen, Abwehrbewegungen mit den Händen, auch einzelne Ausrufe »mein Leib tut mir weh« reagiert, ohne daß dies indes die Operation nennenswert gestört hätte. Nach Beendigung der Operation hatte die Pat. hiervon nicht die geringste Ahnung.

Bei der vaginalen Totalexstirpation wurde schon beim Herabziehen der Portio, dann aber vor allem beim Durchbrennen der Scheide mit dem Thermokauter und beim Annähern des heißen Thermokauterrohres an die Labien recht lebhaft reagiert. Es ist durch die Untersuchungen von Bier und Braun bekannt, daß, auch bei der örtlichen Anästhesie, zuerst das Schmerzgefühl, dann das Tast- und erst zuletzt das Temperaturgefühl erlischt. Als ich dann den Thermokauter durch das Messer ersetzte, ließ die Reaktion nach und glaube ich, daß sich die Operation wohl hätte durchführen lassen. Ich wollte aber bei dem schlechten Zustande der Pat. die Operation möglichst abkürzen und ging deshalb zur Äthernarkose über. Bemerkenswert ist die Schnelligkeit, mit welcher die Pat. nach vorausgegangener Morphium-Skopolamininjektion in tiefe Narkose kommen und wie außerordentlich gering der Narkotikumverbrauch ist. Offenbar kommt hier dem Skopolamin eine größere Rolle wie dem gleichzeitig gegebenen Morphium zu.

Von unangenehmen Neben- und Nacherscheinungen bemerkte ich in fast allen Fällen eine erhebliche Steigerung der Pulsfrequenz auf die Morphium-Skopolamininjektion hin, bevor noch die Lumbalanästhesie vorgenommen wurde. Die gesteigerte Pulsfrequenz hielt manchmal nur kurze Zeit an, kehrte schon während der Operation zur Norm zurück, manchmal dauerte dieselbe aber auch bis zum Nachmittag an. Subjektiv wurde geklagt am ersten Nachmittage gewöhnlich über mäßiges, in 1 oder 2 Fällen auch starkes Kopfweh, leichte Schmerzen im Rücken, und zwar nicht bloß an der Injektionsstelle. Die Rückenschmerzen gingen gewöhnlich aber rasch vorüber und traten besonders dann auf, wenn der Spinalkanal

nicht gleich auf den ersten Stich gefunden oder sehr starke Kanülen verwendet wurden. Ich habe deshalb die von mir ursprünglich verwandten starken Kanülen durch dünnere ersetzt, mit welchen sich die Punktion ebensogut ausführen läßt.

Als besonders unangenehme Nacherscheinung beobachtete ich bei zwei an demselben Vormittage vorgenommenen Operationen am Abende des Operationstages einen Temperaturanstieg auf 39,0 resp. 39,2, welcher aber schon am anderen Tage auf die Norm herabging. Diese Temperatursteigerungen können nach dem ganzen sonstigen Verlaufe nur auf die Spinalinjektion bezogen werden. Wie mir Herr Dr. Heineke mitteilte, sind auch an der hiesigen chirurgischen Klinik ähnliche Beobachtungen gemacht worden.

Sonstige Neben- oder Nacherscheinungen habe ich nicht beobachtet, speziell nicht Störungen der Motilität der Skelettmuskulatur in den oberen Abschnitten des Rumpfes, während in den unteren Extremitäten und in der Bauchgegend solche natürlich immer vorhanden sind. Ich glaube, daß das Fehlen dieser Erscheinungen in erster Linie durch die geringe Stovaindosis bedingt war, dann mag hier auch mitgewirkt haben, daß eine Beckenhochlagerung zu Anfang der Operation absichtlich unterblieben ist.

Herr Geh.-Rat Zweifel hat, wie wir gehört haben, unter seinen Fällen von Lumbalanästhesie mit Stovain 2 Fälle mit starker und bedrohlicher Lähmung der Atemmuskulatur beobachtet, welche er in der Hauptsache auf die Beckenhochlagerung zurückführt. Ich möchte glauben, daß, wenn auch die Beckenhochlagerung begünstigend mitgewirkt haben mag, die Erscheinungen doch in erster Linie, ebenso wie in einem analogen, von Krönig auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß mitgeteilten Falle, durch die zu große Stovaindosis bedingt war.

Daß man diese üble Nacherscheinung nicht ohne weiteres auf die Beckenhochlagerung allein beziehen darf, zeigen namentlich 2 eben veröffentlichte Fälle von Greiffenhagen in Reval; bei denselben ist ohne Beckenhochlagerung operiert worden. Die Stovaindosis betrug im ersten Falle nur 0,04, im zweiten Falle 0,064 in Form der Billon'schen Ampullen. Es ist merkwürdig, daß in den bisher bekannt gewordenen Fällen von Atemstörungen, sowohl in den aus der hiesigen Universitäts-Frauenklinik, wie dem aus der Freiburger Klinik und den beiden Greiffenhagen'schen Fällen gerade das Billon'sche Präparat verwendet wurde; die Gesamtzahl der Lumbalanästhesien, unter welchen diese 5 Fälle beobachtet worden sind, ist keine sehr große; an der hiesigen chirurgischen Klinik, wo seit längerem das Riedel'sche Präparat, welches ich auch benutzte, verwendet wurde, ist unter einer viel größeren Zahl von Spinalinjektionen eine solche Beobachtung bisher nicht gemacht worden; vielleicht ist dies aber doch ein Spiel des Zufalles.

Wenn wir die unangenehmen Nebenwirkungen der Lumbalanästhesie erklären wollen, so müssen wir uns die Wirkungsweise der anästhesierenden Substanzen im Lumbalsack überhaupt vergegenwärtigen. Wie wir aus den grundlegenden Arbeiten von Bier und seiner Schule, und von Braun wissen, wirkt das in den Duralsack eingespritzte Anästhetikum in erster Linie auf die hier verlaufenden Nervenstämme der Cauda equina; diese Nerven sind scheidenlos — sie bekommen ihre Scheide ja erst beim Austritt aus dem Lumbalsack —, infolgedessen kann das Anästhetikum außerordentlich leicht in die Nerven eindringen, genau so, wie wenn man dasselbe unter die Scheide eines peripheren Nerven einspritzt. Nun bleibt aber die in den untersten Teil des Lumbalsackes injizierte Lösung nicht an der Stelle der Injektion liegen, sondern sie vermischt sich natürlich sofort mit der Zerebrospinalflüssigkeit, diffundiert allmählich nach oben und kommt dadurch mit immer höheren Nervenstämmen und -wurzeln in Berührung. Gleichzeitig wird die Lösung aber auch mehr und mehr verdünnt; hat die Verdünnung einen gewissen Grad erreicht, dann erlischt ihre anästhesierende Wirkung.

Experimentell ist nachgewiesen, daß die Substanz des Rückenmarkes selbst nicht anästhesiert wird.

Dagegen scheint das Gehirn für ganz minimale Mengen der hier in Frage kommenden Stoffe außerordentlich empfindlich zu sein, so daß nach experimentellen

Untersuchungen schon sehr geringe Mengen, welche bis zur Gehirnsubstanz gelangen, genügen, um schwere Vergiftungserscheinungen auszulösen.

Bekanntlich ist es Bier gelungen, durch Kombination der Anästhetika mit Nebennierensubstanzen deren unangenehme Nebenerscheinungen im Lumbalsack ganz erheblich einzuschränken. Eine Erklärung der Wirkung dieser Nebennierensubstanz im Lumbalsacke kennen wir bisher allerdings nicht, denn die Wirkungsweise, wie sie Braun für die örtliche Anästhesierung nachgewiesen hat, läßt sich nicht ohne weiteres auf den Lumbalsack übertragen. Bekanntlich hat das Adrenalin und die ihm nahestehenden Substanzen die Eigenschaft, schon in ganz unglaublich starker Verdünnung die Muskulatur der Blutgefäße zur Kontraktion zu bringen, so daß Arterien kleinsten Kalibers und Kapillaren dadurch vollkommen verschlossen werden; es wird eine mit Adrenalinlösung beschickte Gewebspartie blutleer. Eine gleichzeitig injizierte anästhesierende Lösung bleibt infolgedessen am Applikationsort liegen, verbreitet sich von dort nur auf dem Wege der Diffusion und kann infolgedessen viel stärkere lokale Wirkungen entfalten; das Anästhetikum wird, eben weil es an der Injektionsstelle liegen bleibt, auch dort zum größten Teile verbraucht und zerstört, so daß infolgedessen nur minimale Mengen des Giftes in die Zirkulation gelangen, Mengen, welche nicht imstande sind, allgemeine Vergiftungserscheinungen auszulösen.

Diese für die örtliche Anästhesie von Braun überzeugend nachgewiesene Wirkungsweise des Adrenalin kann nun aber nicht auf die Verhältnisse im Duralsack übertragen werden, weil ja hier die Lösung in eine Flüssigkeitssäule, den Liquor cerebrospinalis, injiziert und die Ausbreitung in dieser Flüssigkeitssäule nach den Gesetzen der Diffusion erfolgen muß, welche durch das Adrenalin wohl kaum eine Veränderung erfahren können. Braun hat die Vermutung ausgesprochen, daß die großen Venenplexus im Duralsacke durch die Nebennierensubstanz zur Kontraktion gebracht werden, daß dadurch an der Injektionsstelle eine negative Druckschwankung entsteht, welche ein Herabströmen der Zerebrospinalflüssigkeit aus dem Gehirn zur Folge hat. Dies ist aber vorläufig noch eine reine Hypothese.

An der Tatsache, daß durch den Adrenalinzusatz die Ausbreitung des Giftes nach oben, an die höher gelegenen Nervenwurzeln und -stämme und das Gehirn, ganz erheblich herabgemindert wird, kann kein Zweifel obwalten, wenn wir auch eine plausible Erklärung hierfür derzeit nicht geben können.

Vielleicht liegen die Verhältnisse bei den Neben- und Nachwirkungen so, daß die Allgemeinerscheinungen, wie Kopfschmerzen, Brechreiz, Kollapszustände, durch eine direkte Einwirkung des Giftes auf die Substanz des Gehirns, die motorischen Lähmungen, wie sie von Herrn Rauscher u. a. an der Thoraxmuskulatur beobachtet wurden, auf eine Einwirkung auf die höher gelegenen Nervenstämme und -wurzeln zurückzuführen sind. Daß hierbei die Beckenhochlagerung in ähnlicher Weise begünstigend wirken kann wie eine zu starke Stovaindosis, ist sehr wahrscheinlich.

Nach den bisher bekannt gewordenen Beobachtungen von Lähmungen der Atemmuskulatur, welche geeignet sind, den Enthusiasmus für die Lumbalanästhesie etwas zu dämpfen, müssen wir jedenfalls immer mit dieser Möglichkeit rechnen und auf dieselbe gefaßt sein. Ich möchte mich der Warnung von Greiffenhagen durchaus anschließen, in der Lumbalanästhesie nicht ein Verfahren zu sehen, welches uns ärztliche Hilfskräfte ersparen kann und nicht die Überwachung der in Morphium-Skopolamindämmerschlaf liegenden lumbalanästhesierten Pat. einer ungeschulten Wärterin zu überlassen, sondern dafür Sorge zu tragen, daß bei Eintritt einer solchen Atemmuskellähmung die geeigneten Hilfskräfte sofort zur Stelle sind, welche eine notwendig werdende künstliche Atmung einleiten und über genügend lange Zeit durchführen können.

Herr Freund: Herrn Glockner möchte ich erwidern, daß die in Frage stehenden Intoxikationserscheinungen (Brechen, leichter Kollaps usw.) auch ohne Beckenhochlagerung genügend zur Beobachtung kamen, letztere dafür also nicht verantwortlich gemacht werden darf. Die Beckenhochlagerung bei Laparotomien

in medullärer Narkose werden wir ruhig weiter empfehlen; im Gegenteile möglicherweise die vaginalen Operationen unter Rückenmarksanästhesie wieder aufgeben aus einem bisher noch nicht erwähnten Grunde, nämlich wegen der durch die häufig eintretenden abundanten Defäkationen verursachten Störung.

Herr Windscheid: Ein Fall von Abducenslähmung nach Stovaininjektionen ist vor einigen Wochen in der Münchener med. Wochenschrift veröffenlicht worden. Ich kann mich der Ansicht des Herrn Zweifel, daß es sich in diesen Fällen um eine Kernlähmung handle, nicht anschließen, sondern halte die Lähmungen für die Folge einer peripherischen Neuritis. Gerade der Abducens neigt dazu, neuritisch nach Infektionen zu erkranken, wie z. B. nach Diphtheritis, und diese Lähmungen werden auch nicht als Kernlähmungen aufgefaßt. Vielleicht werden wir im Laufe der Zeit noch mehr Lähmungen nach Stovaingebrauch begegnen, die die Sachlage klären.

---

3) Société d'obstétrique de Paris.

Sitzung vom 15. Februar 1906.

Vaquez: Über den Blutdruck während der Schwangerschaft und im Wochenbett.

In Bestätigung früherer Versuche fand der Verf. bei zehn Frauen den Blutdruck am Ende der Schwangerschaft nicht erhöht. Er betrug 13—14 cm Quecksilber (nach dem Apparate von Potain). Während der Geburt steigt der Blutdruck bis auf 23 und 24 cm während der Wehen, um in den Pausen wieder um 2—3 cm zu fallen. In der Nachgeburtsperiode findet ein ähnlicher Wechsel statt, und nach derselben treten wieder normale Verhältnisse ein. Den von anderer Seite behaupteten allmählichen Abfall des Blutdruckes zur Normalen konnte V. niemals feststellen. Eine jede Erhöhung des Blutdruckes vor oder nach der Geburt ist demnach als pathologisch anzusehen.

Vaquez: Über den diagnostischen und prognostischen Wert der Blutdruckserhöhung für die puerperale Eklampsie.

Der Verf., der schon früher Untersuchungen über den Blutdruck bei Eklampsie angestellt hat, gibt hier das Resultat einer Serie neuerer Versuche wieder. Der Verf. benutzte zu seinen Untersuchungen einen Apparat von Potain, da er der Ansicht ist, daß dieser den Apparaten von Gärtner und Riva-Rocci überlegen ist. Besonders der letztere habe den Nachteil, daß man während des Anfalles keine sicheren Resultate erzielen könne.

Die neueren Untersuchungen bestätigten zunächst, daß der Blutdruck bei der Eklampsie stets bedeutend erhöht ist (19—27 gegen 13—14 cm). Sie zeigten ferner, daß die Blutdrucksteigerung das beste Prodromalsymptom der Eklampsie darstellt, und zwar unabhängig davon, ob Albuminurie vorhanden ist oder nicht; und schließlich, daß das Bestehenbleiben des hohen Blutdruckes während der Eklampsie prognostisch sehr ungünstig ist, auch dann, wenn die anderen Symptome zurückzugehen scheinen.

Vaquez: Über einen Fall von 4 Wochen post partum entstandener Eklampsie.

Die betreffende Pat. hatte sich 4 Wochen nach normal verlaufener Geburt (kein Albumen!) wegen Mattigkeit, heftigen Kopfschmerzen und leichter Ödeme der Beine in das Hospital aufnehmen lassen. Die Mutter der Pat. hatte übrigens ebenfalls während einer Geburt an Eklampsie gelitten. Bei der Untersuchung fand man die Herztöne stark akzentuiert und einen erheblich erhöhten Blutdruck (24 bis 25 Potain). Der Urin enthielt 2,5‰ Albumen. In den nächsten 24 Stunden traten 17 typische Anfälle auf und die Temperatur stieg auf 39,5°. Nach einem Aderlaß von 500 ccm wiederholten sich die Anfälle am nächsten Tage noch 8mal, um dann nicht wiederzukehren. Der Blutdruck sank wieder langsam und die Urinmenge nahm zu. Am 4. Tage waren keine krankhaften Symptome mehr vorhanden. Der Blutdruck hatte betragen: am 1. Tage 24—25, am 2. 22, am 3. 17, am 4. 16—17 und am 5. 15—16 cm.

Raymond Petit, Barlerin und Demelin: Über die Erregung künstlicher Hyperleukocytose durch die Applikation von erhitztem Pferdeserum bei der Behandlung von puerperalen Infektionen.

Der Verf., ein Schüler Metschnikoff's, hat das obenerwähnte Verfahren in 14 Fällen angewandt; hierzu kommen noch drei Fälle anderer Autoren. Das benutzte Serum war in der Weise vorbereitet worden, daß es aseptisch aufgefangen und dann an drei aufeinander folgenden Tagen auf 56° während zweier Stunden erhitzt worden war. Der Verf. konnte mittels dieses Serums im Tierversuche tödliche Dosen von intraperitoneal injizierten Bakterienkulturen neutralisieren. Bei den Menschen verwandte der Verf. flüssiges und getrocknetes Serum. Von dem ersteren kamen 15—30, von dem getrockneten 1—3 g zur Verwendung.

Die Technik der Applikation war die folgende: Zunächst Befreiung der Uterushöhle von irgendwelchem pathologischen Inhalte, dann Spülung der Höhle mit Kochsalzlösung und nachfolgende Austrocknung derselben und schließlich Einführung eines mit dem Serum getränkten Tampons in die Uterushöhle. Der Tampon bleibt 24 Stunden liegen.

Der Erfolg war gewöhnlich der, daß die Temperatur sofort oder allmählich abfiel, und daß Heilung eintrat. In keinem der 17 Fälle war die letztere ausgeblieben.

Zum Schluß weist der Verf. nochmals darauf hin, daß es sich nicht um eine spezifische, sondern um eine rein biologische, chemotaktische Wirkung des Serums handele. Dem Serum gibt er deshalb das Attribut leukocygen. Die Wirkung des Serums ist ferner eine rein lokale, so daß nur die sofortige Anwendung desselben Aussicht auf Erfolg hat.

(Dem interessanten Aufsatze sind die mit Temperaturkurven versehenen Krankengeschichten beigegeben, deren Studium das Verfahren einer Nachprüfung wert erscheinen läßt. Ref.)

Picqué: Über die vorherige Einholung des Einverständnisses der Kranken bei der Ausführung eines geburtshilflichen Eingriffes.

Die Erörterungen P.'s knüpfen an den folgenden Fall von Boissard an: Eine Frau, bei der wegen engen Beckens mit Erfolg der Kaiserschnitt gemacht worden war, verlangte von Boissard im 3. Monat einer neuen Schwangerschaft aus Furcht vor der Operation die Ausführung des künstlichen Abortes. Boissard zögerte darauf einzugehen und fragt die Gesellschaft um ihren Rat.

Verschiedene Sachverständige haben sich einstimmig dahin ausgesprochen, daß es kein Gesetz und keine prinzipielle Entscheidung gebe, die sich gegen die — mehr oder wenig berechtigten — Entschließungen der Pat. oder ihrer Anverwandten aussprechen. Es folgt hieraus für den Arzt die Pflicht, sich dem Willen seines Pat. zu unterwerfen. Es folgt jedoch — nach Ansicht Boissard's — noch weiter, daß der Arzt die Pflicht hat, jegliche andere Erwägungen als die rein ärztlichen, sei es solche religiöser, moralischer oder sozialer Natur, hinter jenen zurücktreten zu lassen. »Nur auf dem rein ärztlichen Gebiete sind wir allmächtig, weil wir die einzig Kompetenten sind.« Nur so vermeiden wir es, nichts von unserem Einfluß einzubüßen.

Es ist jedoch noch ein Unterschied zu machen, ob bei den Kranken, die bei Bewußtsein sind, eine akut das Leben bedrohende Erkrankung vorliegt oder nicht. Ist das letztere der Fall, so kann sich der Arzt zurückziehen, wenn er mit seiner Meinung nicht durchdringt. Ist jedoch das Leben einer Kranken in Gefahr, so hat der Arzt die Pflicht, die vom Pat. gewünschte Operation vorzunehmen — vorausgesetzt, daß diese weniger gefährlich ist als die vom Arzte beabsichtigte. Die Perforation beispielsweise bietet weniger Gefahren für die Mutter als der Kaiserschnitt und müßte danach auch bei lebendem Kinde ausgeführt werden, falls die Mutter den Kaiserschnitt verweigert und das Leben derselben bedroht ist.

Was den Fall von Boissard anlangt, so folgt aus dem obigen, daß Boissard den Eingriff sowohl ablehnen, als auch ausführen konnte. Im letzteren Falle wäre es zweckmäßig, in Übereinstimmung mit einem zweiten Kollegen zu handeln.

Hauch (Kopenhagen): Über Neuritis puerperalis lumbalis.

Unter der Bezeichnung Neuritis cruralis hat Leopold Meyer ein Krankheitsbild beschrieben, das H. auf Grund neuerer Beobachtungen vervollständigen konnte. Es handelt sich dabei um keine allzu seltene Erkrankung, da dieselbe von Meyer in 1,7, von Ernst in 3,7 und von H. in 4,7% der untersuchten Fälle gefunden wurde. Die Symptome der Krankheit sind: Schmerzdruckpunkte im Gebiete des Cruralis, Saphenus internus, Cutaneus femoris, Obturatorius und Genito-cruralis; Lähmungen des Ileo-psoas, der Extensoren und Adduktoren des Oberschenkels; Hyperästhesie im Gebiete verschiedener Hautnerven und spontan auftretende Schmerzen; Erhöhung des Patellarreflexes.

Die Krankheit beginnt einige Stunden bis mehrere Tage nach der Geburt und dauert gewöhnlich 7—8 Tage. Die Prognose ist eine absolut gute. Dies ist wichtig zu wissen, da man selbst Pat., bei denen eine vollständige Paralyse der unteren Extremitäten besteht, vollkommene Heilung versprechen kann.

Was die Ursache der Erkrankung angeht, so sind traumatische Geburtseinflüsse auszuschließen, da die Nerven des in Betracht kommenden Plexus lumbalis zu geschützt liegen. Wahrscheinlicher ist es, daß Graviditätstoxine die Ursache der Erkrankung bilden, analog der Entstehung von Neuritien infolge von Intoxikation mit Blei, Kohlenoxyd, Alkohol usw. Bemerkenswert ist in dieser Hinsicht, daß in neun von den 32 Fällen des Verf.s das gleichzeitige Vorhandensein einer Pyelitis bzw. Nephritis festgestellt wurde.

Herbinet und Faix: Über Dystokie infolge von durch kongenitale Mißbildung bedingte Urinretention.

Die Geburt der Mißbildung war erst erfolgt, nachdem 1550 ccm Urin mittels Trokars entleert worden waren. Die Retention war verursacht durch ein vollständiges Fehlen der Urethra. Außerdem fand sich bei der Sektion noch eine zweite Mißbildung, nämlich eine Kommunikation des Blasengrundes mit dem Dickdarme. Was die Entstehungsursache derartiger Mißbildungen anlangt, so wird die Syphilis vielfach beschuldigt. Im vorliegenden Falle waren für einen derartigen ursächlichen Zusammenhang mehrere Anhaltspunkte vorhanden.

In einem zweiten Falle, den die Verff. zur gleichen Zeit beobachteten, fanden sich bei einem 4 Monate alten Fötus merkwürdigerweise genau die gleichen Abnormitäten: Fehlen der Urethra und Verbindung der Blase mit dem Darme.

Sitzung vom 15. März 1906.

Bar und Luys: Über die Untersuchung der Blase der schwangeren Frau durch direkte Cystoskopie.

Die Anwendung des von L. angegebenen Harnscheiders bietet in den letzten Monaten der Gravidität erhebliche Schwierigkeiten. Man ist infolgedessen in diesen Fällen gezwungen, falls die getrennte Aufsaugnng der Urine beider Nieren nötig ist, den Ureterkatheterismus auszuführen. Dieser bedingt nun wiederum die Einführung eines Cystoskops in die Blase. Als solches empfiehlt L. sein Cystoskope à vision directe. Mit diesem Instrumente gelingt die Orientierung in dem Blaseninnern erheblich besser als mit den gewöhnlichen Cystoskopen. Bei dem Gebrauche des Instrumentes ist es notwendig, daß die zu untersuchende Person in Beckenhochlagerung gebracht wird. Auf diese Weise gelang es den Verff., die verschiedenen Lage- und Gestaltveränderungen der Blase am Ende der Schwangerschaft, über die wir ja zumeist (aus Gefrierschnitten u. a.) orientiert sind, sichtbar zu machen. Für die Ausführung des direkten Ureterenkatheterismus ist es von Bedeutung, zu wissen, daß die Ureterenmündungen in der letzten Zeit der Gravidität vor der Harnröhrenmündung und etwas oberhalb derselben liegen.

Bar und de Kervily: Über Läsionen der Leberzellen bei einem Falle von retroplacentarer Blutung.

Die Beziehungen von Erkrankungen der Nieren und Albuminurie zu den retroplacentaren Blutungen bzw. zu der Verletzung der Decidua sind durch viele Beobachtungen sichergestellt. Die bei der Eklampsie gefundenen Veränderungen

in den Nieren und in der Leber lassen nun den Gedanken naheliegen, ob bei den retroplacentaren Blutungen nicht auch eine Erkrankung der Leber vorhanden ist. In der Tat konnten die Verff. in einer einschlägigen Beobachtung einen derartigen Zusammenhang feststellen. Es handelte sich um einen Fall von schwerster intrauteriner Blutung im 7. Monate der Gravidität bei einer VIpara. Der Zustand war derartig bedenklich, daß sich B. entschloß, um auf möglichst schnelle Weise den Uterus zu entleeren, die Sectio caesarea auszuführen. Die Kranke blieb jedoch im Chok und ging am anderen Tage zugrunde. Bei der Sektion fanden sich nun außer einer chronischen Nephritis die für Eklampsie charakteristischen Veränderungen in der Leber. Die Verff. sind auf Grund dieser Beobachtungen und der bei Eklampsie erhobenen Befunde der Ansicht, daß diese placentaren Blutungen eine Teilerscheinung eines allgemeinen Krankheitsbildes, dem sie den Namen »Eklampsismus« beilegen möchten, sind. Die Blutungen seien dann den zerebralen und meningealen Hämorrhagien gleich zu setzen, wie man sie vor und während der eklamptischen Anfälle beobachtet.

Maygrier und Faroy: Demonstration eines Fötus mit multiplen Mißbildungen, vor allem von seiten des Harnapparates, kombiniert mit Oligamnios.

Atresie der Urethra mit Urinretention, Fehlen des rechten Ureters und Verkümmerung der entsprechenden und cystischen Entartung der linken Niere. Atresie des Rektums und Auslaufen des Dickdarmendes in die hintere Blasenwand. Atrophie und Mißbildung der Extremitäten. Der Umstand, daß bei der Geburt kein Abgang von Fruchtwasser beobachtet wurde, zusammen mit der Art der beschriebenen Mißbildungen sprechen dafür, daß als Entstehungsursache der letzteren Mangel des Fruchtwassers anzusprechen ist.

Kauffmann: Über gute, bei der Therapie des Sklerema durch Quecksilber erzielte Erfolge.

Das vielfache Zusammentreffen von kongenitaler Syphilis und Sclerema neonatorum hat den Verf. veranlaßt, auch in solchen Fällen, in denen keine Lues nachzuweisen war, eine antiluetische Kur einzuschlagen. In der Tat gelang es dem Verf., in zwei Fällen von generalisiertem Sklerem einen vollen Erfolg zu erzielen. Auch bei frühgeborenen Kindern wurden die Einreibungen einigemal mit Nutzen ausgeführt.

Bonnaire: Facialisparese im Verlauf einer in Schädellage erfolgten Spontangeburt.

Es hatte sich um eine langdauernde Geburt bei plattem Becken gehandelt, bei der es zu einer Abplattung und löffelförmigen Impression des linken Scheitelbeines gekommen war. Als Ursache der Lähmung nimmt der Verf. einen Druck des Akromions auf den Nerven an seiner Austrittsstelle an. Bar dagegen glaubt, daß die Impression durch Druck auf das Promontorium bedingt, und daß auch auf diese Weise die Lähmung zustande gekommen sei.

Guéniot stellt schließlich noch ein Kind vor, bei dem ebenfalls eine Facialisparese nach spontaner Geburt entstanden war. Auch hier fand sich auf dem rechten Scheitelbein eine Impression, die durch Druck des Promontoriums verursacht war.

Engelmann jun. (Dortmund).

Neueste Literatur.

4) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXIV. Hft. 2.

1) J. Bucura (Wien). Ein höchstgradig verengtes rachitisches Becken.

38jährige Ipara, litt in der Jugend an englischer Krankheit und Gelenkentzündungen. Die Schwangerschaft verlief ohne Besonderheiten. Größe der Pat. 142 cm. Die unteren Extremitäten sind verhältnismäßig kurz. Nicht stark ausgesprochener rachitischer Rosenkranz. Femora nach vorn konvex, ebenso beide Tibiae. Leichte

Kyphoskoliose der Lendenwirbelsäule mit Andeutung einer Kompensation am Kreuzbein. Conj. ext. = 15 cm, Sp. = 27 cm, Cr. = 27 cm, Tr. = 33 cm, Conjugata des Beckenausganges = 8,5 cm, querer Durchmesser desselben ebenfalls = 8,5 cm. Kreuzbein vollkommen horizontal gestellt; seine vordere Fläche sehr stark konvex. An ihr fühlt man drei starke Prominenzen, von welchen die oberste dem der Symphyse am nächsten liegenden Promontorium entspricht. Die Symphyse ist steil, fast 6 cm hoch, 3 cm dick. Das Auffallendste am Beckeneingang ist aber seine enorme Enge. Die linke Beckenhälfte bildet entsprechend der Linea terminalis einen engen, für einen Finger noch eben passierbaren Spalt. Die rechte Beckenhälfte ist um weniges weiter. Entsprechend der Ausbuchtung des Symphysenbogens nach vorn beträgt die in Betracht kommende Conj. vera, direkt gemessen mittels eingelegter Finger bei offener Bauchhöhle, kaum $2^1/_2$ cm. Die nach üblicher Art gemessene Conj. diag. ergibt dagegen etwas mehr als 6 cm. Da die Geburt bei der Aufnahme schon in Gang, die Kreißende auswärts mehrfach untersucht war und Fieber bestand, so wird die Sectio caesarea mit Entfernung des Uterus vorgenommen. Kind tot. Das Wochenbett verlief normal.

Die Momente, welche das Becken zu dieser charakteristischen Abnormität und Form führten, sind besonders zwei: 1) die starke Krümmung des seitlichen Teiles der Linea innominata und 2) das Vorspringen des Promontoriums mit der starken Horizontalstellung des Kreuzbeins. Die Grundursache für diese Deformitäten ist dieselbe — die Rachitis. Die starke Krümmung der Linea innominata an ihren seitlichen Anteilen ist die Folge der rachitischen Veränderung der Knochen selbst, Formveränderung durch qualitative Wachstumsstörung, durch Hemmung der normalen Entwicklung der Pars iliaca des Hüftbeines. Die Kreuzbeinstellung dagegen dürfte, wenigstens zum großen Teile, dem temporären Festigkeitsverluste des Knochens und statischen Momenten zuzuschreiben sein. Verf. bespricht sodann noch die Beteiligung der einzelnen Beckenknochen an der Veränderung des Beckens, wie sie sich bei der Austastung desselben während der Laparotomie ergab, und wendet sich dann der Genese dieser Beckenform zu. Ein durch Rachitis derart stark verengtes Becken konnte Verf. nirgends in der Literatur beschrieben finden.

2) A. Rieländer (Marburg). Über Venenthrombosen im Wochenbett.

Verf. gibt zuerst die Krankengeschichten von 23 in der Frauenklinik in Marburg seit dem Jahre 1888 beobachteten Fällen von Thrombose im Wochenbett kurz wieder und glaubt, daß eine besondere Rolle zur Entstehung derselben die Menge des Blutverlustes während der Geburt spielt. Am frühesten trat die Thrombose am 2., am spätesten am 22. Tage nach der Geburt auf. Die schwereren Fälle fielen zumeist in die späteren Tage des Wochenbettes. Verf. glaubt nicht, daß die Thrombose im Wochenbett in jedem Fall ihre Ursache in einer während der Geburt stattgehabten Infektion findet. Verf. zählt sodann die verschiedenen Ansichten, die in bezug auf die Ätiologie dieser Erkrankung sich in der Literatur finden, und die hier angegebenen Symptome derselben auf. Verf. bespricht sodann des genaueren das Mahler'sche Zeichen, welches darin besteht, daß der Puls allmählich staffelförmig steigt, während im Gegensatze dazu die Temperatur sich in den früheren Bahnen bewegt oder nur wenig erhöht ist. Verf. konnte dieses Zeichen in $^2/_3$ seiner Fälle beobachten und glaubt, daß es ganz gut, wenn auch vorsichtig, für die Diagnosenstellung verwendbar sei. Sodann wendet sich Verf. der Besprechung anderer Symptome zu, so dem Ödem und dem harten, unter der Haut fühlbaren Strang bei Thrombosen in den oberflächlichen Beinvenen. Während das Ödem eine fast regelmäßige Begleiterscheinung der Thrombose der Schenkelvenen ist, fehlt dasselbe bei der Thrombosierung der Beckenvenen, solange dieselbe nicht sich nach unten auf die Venen der unteren Extremität fortgesetzt hat, regelmäßig. Embolien der Lungenarterien treten sehr viel häufiger bei Thrombose der großen Beckenvenen, als bei Schenkelthrombosen auf. Fast die einzigen Symptome, die für die Diagnose der Beckenvenenthrombose verwertbar sind, sind das Mahler'sche Zeichen, Schmerz in der Leistengegend, bezüglich der Unterbauchgegend, der erkrankten Seite und Meteorismus.

Die in den vom Verf. geschilderten Fällen angewandte Therapie bestand in

Ruhigstellung und Hochlagerung der erkrankten Extremität, sowie Priessnitzschen Umschlägen. Große Vorsicht wurde bei der Stuhl- und Urinentleerung beobachtet; event. der Stuhl einige Tage angehalten. Bei Eintreten von Herzschwäche dürften Digitalispräparate von Nutzen sein, besonders Digalen, event. subkutan.

Die Prognose hängt hauptsächlich vom Sitze der Thrombose ab; am besten ist dieselbe noch bei Thrombose in den Beinvenen, schlechter die der Beckenvenen, und unter diesen sind wieder am gefährlichsten die der Vv. iliacae und der Vena cava. Die Frage, wann die Pat. wieder aufstehen darf, ist am besten dahin zu beantworten, daß dies ohne Gefahr geschehen kann, erst wenn der Puls 1 bis 2 Wochen wieder seine normale Frequenz aufgewiesen hat. Nach dem Gesagten ist somit in jedem Falle von Thrombose auch in der Privatpraxis die Aufstellung einer genauen Temperatur- und Pulskurve unerläßlich.

3) R. Birnbaum (Göttingen). Akute postoperative Magenlähmung mit sekundärem Duodenalverschluß.

45jährige Frau leidet an einem mannskopfgroßen, weichen Uterusmyom. Anamnestisch ist nichts Besonderes zu erwähnen. Magenbeschwerden haben vorher nie bestanden. Die übrigen Organe sind gesund. Der myomatöse Uterus wurde durch supravaginale Amputation entfernt, und zwar in Äthernarkose. Am Abend des 3. Tages post operat. stellten sich heftige Koliken in der rechten Oberbauchgegend ein, der Leib war etwas aufgetrieben. Blähungen gehen ab, Stuhlentleerung ist jedoch auf keine Weise zu erzielen. Am nächsten Tage geht der Puls rapid in die Höhe, das Abdomen ist stark aufgetrieben. Es werden kopiöse grünliche Massen erbrochen. Bei einer Magenspülung entweichen reichlich Gase; es folgen dann reichliche Mengen rein galliger Flüssigkeit. Das Abdomen ist hiernach völlig eingesunken. Derselbe Vorgang erfolgt am nächsten Tage. Es besteht eine ausgesprochene Dämpfung bis handbreit unterhalb des Nabels. Dieselbe Therapie hat gleichfalls wieder Erfolg. In der Nacht Stuhlgang. Am folgenden Tage dasselbe Bild — nur ist Pat. stärker verfallen — und dieselbe Reaktion auf Magenspülung. Pat. verfällt weiter, so daß am Abend des 8. Tages der Exitus erwartet wird trotz aller angewandten Mittel: Analeptika, Kochsalzinfusionen usw. Am Morgen des 9. Tages bedeutende Besserung, die am nächsten Tage sich noch einmal verschlechtert, dann aber dauernd anhält. Im Urin finden sich große Mengen von Indikan. Bei den Magenspülungen fiel auf, daß die herausbeförderten Massen die Quantität der eingeführten Flüssigkeitsmengen erheblich überstiegen. Es mußte demnach von der Magen- resp. Duodenalschleimhaut eine Ausscheidung von Flüssigkeit erfolgt sein. Die erbrochenen Massen waren nie fäkulent, sie machten immer den Eindruck, als ob viel Galle darin enthalten sei. Chemisch konnte reichlich Pankreassaft in der Magenflüssigkeit nachgewiesen werden.

Es handelte sich also um einen echten Fall von akuter Magenlähmung und Magenerweiterung mit vorübergehendem, sekundärem Duodenalverschluß im Anschluß an eine glatt verlaufene Laparotomie bei einer vorher stets gesunden, kräftigen Frau, die früher niemals Erscheinungen von seiten des Magen-Darmkanales gehabt hatte. Daß neben der akuten Magenlähmung eine wahrscheinlich mesenteriale Duodenalverlegung bestand, konnte mit Sicherheit aus dem Erbrechen rein galliger Massen, bei gleichzeitig vorübergehender Entfärbung des Stuhles und aus dem sicheren Nachweis von Pankreassaft im Erbrochenen geschlossen werden. Als ätiologisches Moment für die Magenlähmung usw. glaubt Verf. die Äthernarkose anschuldigen zu müssen. Außerdem war auffallend an der Pat. die große Angst vor und nach der Operation. Vielleicht ist dieses psychische Moment an der Entstehung mehr oder minder mitbeteiligt. An der Entstehung der Magenerweiterung spielen die zur Entwicklung kommenden Gase eine nicht unbedeutende Rolle. Infolge der Erweiterung des Magens wurden die Dünndärme in das kleine Becken verlagert; hierdurch kam es zur Straffung des Mesenteriums und dadurch bedingter Verlegung des Duodenums in seinen unteren Abschnitten; dadurch erfolgte eine weitere Ausdehnung des Magens und des oberen Teiles vom Duodenum, und so war der unheilvolle Circulus vitiosus geschaffen. Therapeutisch ist die

systematische Magenspülung und -entleerung das Wichtigste. Bei jeder Spülung empfiehlt sich die Darreichung von Rizinusöl durch die Magensonde und gleichzeitiger hoher Öleinlauf.

4) M. Cigheri (Florenz). Die Lymphdrüsen bei der Ausbreitung des Uteruskarzinoms. (Anfang des Originales findet sich in Monatsschrift für Geburtshilfe Hft. 1.)

Verf. untersuchte genau zehn Fälle von Uteruskarzinom, von denen er kurz den klinischen Befund usw., und hieran anschließend einen genauen makro- und mikroskopischen Autopsiebefund gibt. Auf Grund dieser Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Wenngleich man annehmen muß, daß die Metastasenbildung in jedem Stadium des Uteruskrebses erfolgen kann, sobald er nur die Grenzen der Schleimhaut überschritten hat und in die ersten Lymphbahnen eindringt, so ist es doch hinlänglich bewiesen, daß in der großen Mehrzahl der Fälle die Metastasenbildung in den Drüsen erst nach der Infiltration der Parametrien eintritt. 2) Der Sitz der Geschwulst ist von Einfluß auf die Metastasenbildung, insofern die vom Zylinderepithel des Cervicalkanales ausgehenden Karzinome früher zu Metastasen neigen als die Portio- und Korpuskrebse. 3) Was die Häufigkeit der Beteiligung betrifft, so werden im allgemeinen die hypogastrischen Drüsen zuerst von der Geschwulst befallen, später die Iliacal- und Lumbaldrüsen und zuletzt die Inguinaldrüsen. 4) Die Größe der Lymphdrüsen steht in gar keiner Beziehung zu ihrer krebsigen Infiltration: große, harte Drüsen sind bisweilen nicht karzinomatös, während kleine, anscheinend normale Drüsen Geschwulstzellen enthalten können. 5) Der karzinomatösen Erkrankung der Drüse gehen nicht immer die gleichen Veränderungen voraus, da sie sich unabhängig von dem augenblicklichen Zustand von Hypertrophie oder Degeneration der Drüsen entwickeln kann. Nach Ansicht des Verf.s muß man der ausgedehnten Exstirpation der Parametrien eine größere Bedeutung beilegen als der Entfernung der Drüsen. Die beste Operationsmethode ist die totale abdominale Hysterektomie; denn sie gestattet, das Bindegewebe in der Umgebung des karzinomatösen Uterus in ausgedehnter Weise zu entfernen, und ihre Mortalität hat sich infolge der Verbesserungen der Technik so verringert, daß sie nicht mehr ein Argument gegen die Operation darstellen kann.

5) F. Kermauner (Heidelberg). Phlebolithen in den Tubenfimbrien.

23jährige Frau litt an einem rechtsseitigen Ovarialtumor, der durch Laparotomie glücklich entfernt wurde. An der Innenfläche der Cyste fanden sich Kalkplättchen, die mit unregelmäßigen Zacken in einem hyalin veränderten Gewebe verankert lagen und mit dem Epithel keine Beziehungen zu haben schienen. Sie sind wohl auf primäre nekrobiotische Prozesse in der Cystenwand zurückzuführen. Die dazugehörige Tube erscheint verlängert, aber sonst normal; nur die Fimbrien fühlten sich körnig, wie mit Sand gefüllt an und zeigten gelbweiße Sprenkelung. Die mikroskopische Untersuchung dieser Tubenpartien zeigte stellenweise auffallende Verdickung der Intima. Verkalkungen in den Gefäßwandungen konnten nicht nachgewiesen werden. Die Schleimhaut war reichlich gefaltet. An den Enden der breiten Falten fanden sich ins Gewebe eingestreut Kalkkörner verschiedener Größe, die andeutungsweise konzentrische Schichtung zeigten. Zum Epithel hatten die Körner nirgends Beziehungen; im Gegenteile waren sie stets durch eine breite Bindegewebslage von demselben getrennt. Die Körner hatten eine unregelmäßig höckerige Gestalt und waren von einem deutlichen, zum Teil recht dichten und breiten Bindegewebsmantel umgeben. Durch Serienuntersuchung ließ sich nachweisen, daß es sich um lange, etwas gewundene, wurstförmige, in der Längsachse der Fimbrie liegende Gebilde handelte.

Infolge der Gestalt und vor allem des Bindegewebsmantels, der mit der Wand kleiner Venen große Ähnlichkeit hatte, glaubt Verf., daß die merkwürdig geformten Kalkablagerungen nichts anderes sind, als in kleinen Venen steckende Phlebolithen. Es gelang Verf., an größeren Körnern in der Kapsel, welche allerdings durch Bindegewebswucherung verdichtet war, Muskelzellen wahrscheinlich zu machen; und an kleineren Gebilden konnte er auch die Anwesenheit von elasti-

schen Fasern in dieser Bindegewebshülle nachweisen. Damit erscheint die Diagnose der Phlebolithen wohl sichergestellt. Die Entstehung derselben hat man sich in der Weise zu denken, daß es in dem Tumor und ebenso in der Tube während der voraufgegangenen Schwangerschaft und Geburt zu hochgradiger Stauung kam; in der Cyste war Ödem und hyaline Degeneration des Bindegewebes die Folge; in den endständigen Venen der Tubenfimbrien kam es zu Thrombosen mit nachfolgender Verkalkung der Thromben. **E. Runge** (Berlin).

Verschiedenes.

5) **V. Senn.** Jod in der Chirurgie, mit besonderer Berücksichtigung seiner Anwendung als Antiseptikum.
(Surgery, gynecology and obstetrics 1905. Nr. 1.)

Aus den interessanten, auf eigene Erfahrung bei der mannigfaltigsten Anwendung des Jods als Antiseptikum fußenden Ausführungen seien hier als auch für den Gynäkologen wichtig, nur die vorzüglichen Resultate des Verf.s hervorgehoben, die Verf. mit Jodcatgut im Laufe von 2 Jahren bei zahlreichen Operationen gemacht hat. Neben den anderen schon anerkannten vorzüglichen Eigenschaften des Jodcatguts erwähnt Verf., daß das Jodcatgut ungefähr 12—16 Tage der Resorption Widerstand leistet.

Um des Verf.s hohe Meinung von dem Werte des Jods als Antiseptikum wiederzugeben, seien hier kurz die Schlußsätze seiner sonst nur den Chirurgen interessierenden Arbeit angeführt.

1) Jod ist das sicherste und kräftigste aller bekannten Antiseptika.

2) Jod in richtiger Lösung angewandt ist ein Antiseptikum, welches die Gewebe nicht schädigt; im Gegenteil stellt es einen wertvollen Reiz für die Gewebe vor, welcher eine aktive Phagocytose, die bei der Behandlung akuter und chronischer Entzündungen so außerordentlich wünschenswerte Erscheinung hervorruft.

Eversmann (Bonn).

6) **E. Franck** (Berlin). Zur Frage des Menstruationsfiebers bei tuberkulösen Frauen.
(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 42.)

Verf. schließt sich den Äußerungen Sabourin's und Kraus's, daß Fieber bei der Menstruation auf Tuberkulose deute, auf Grund eigener Erfahrungen an. Lassen sich nicht etwa alte, vielleicht noch nicht völlig abgelaufene Entzündungsprozesse an den Genitalorganen als Ursache der Temperatursteigerungen feststellen, so rät er, besonders bei anämischen, mageren, zu Erkältungen und Schweißen neigenden, vor allem hereditär belasteten Frauen, sie auch ohne sonstige, evidente Symptome als tuberkulös anzusehen und demgemäß zu behandeln.

Graefe (Halle a. S.).

7) **Kelling** (Dresden). Über Pneumonien nach Laparotomien.
(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVII. Hft. 2.)

Für die Pathogenese der postoperativen Pneumonien kommen folgende Momente für Laparotomierte in Betracht: Die Neigung zu Hypostasen in den Lungen, besonders im rechten Unterlappen, Aspirationspneumonien, hauptsächlich des rechten Unterlappens, gewöhnlich bei infiziertem Operationsterrain, embolische Prozesse, wiederum bei infiziertem Gewebe, Sepsis der Bauchhöhle mit hypostatischer Pneumonie und auch infektiösen Thromben. Bei diesen Ursachen spielen die perforierenden Lymphgefäße des Zwerchfells, die direkt ins Blutgefäßsystem führen, eine große Rolle. Auch die Luftinfektion verdient Beachtung. Prophylaktisch kommt in Betracht Behandlung von Bronchitis, Schnupfen, Reinigung der Mundhöhle, Vermeidung der Abkühlung; Anregung der Herztätigkeit vor der

Operation durch Digitalis und Strophantus, nach der Operation häufiger Lagewechsel, bei Unterleibsoperation erhöhte Rückenlage, Atemübungen und Reinhalten der Mundhöhle. Bei eitrigen Prozessen soll man warten, bis die Virulenz geschwunden ist und den Abszeß mit Umgehung der freien Bauchhöhle angreifen. Sonst empfiehlt sich zweizeitige Operation. Denn selbst wenn die Bauchhöhle mit der Infektion fertig wird, so kann es doch leicht zur Pleuritis, Pneumonie oder Sepsis und Thrombophlebitis kommen. Zur Vermeidung von embolischen Prozessen dient Anregung der Zirkulation durch reichliche Flüssigkeitszufuhr und frühzeitige Bewegung oder Hochlagerung der Beine. In der Hauptsache geht die Häufigkeit der Pneumonien einher mit der Häufigkeit der Infektionen, der beste Schutz ist daher möglichste Vollkommenheit der Asepsis.

Calmann (Hamburg).

8) W. Körte. Über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Einschreitens bei der Wurmfortsatzentzündung.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Verf. blickt auf das imposante Material von 1791 Fällen zurück. 341 von diesen hatten Peritonitis, von denen etwa 60% mit oder ohne Operation zugrunde gingen. Bezüglich der diagnostischen Abgrenzung der verschiedenen Stadien spricht sich K. sehr resigniert aus. Den Beginn der gefährlichen Infektion des Bauchfells können wir von der nicht infektiösen Reizung nicht unterscheiden. Das wertvollste Symptom ist die starre Spannung der Bauchdecken. Die Leukocytenzählung ist gerade im Beginn der Erkrankung nicht verwertbar, da die Vermehrung erst später einsetzt und auch dann keine sicheren und eindeutigen Resultate gibt. Das Schicksal der Kranken entscheidet sich in den ersten 2mal 24 Stunden; und in dem Frühstadium kann man sehr viel mehr Menschen mit Peritonitis retten als in dem Spätstadium. Daher ist die Frühoperation, die relativ sehr ungefährlich ist, durchaus berechtigt. Sie beseitigt die augenblickliche und künftige Lebensgefahr, die weiteren Beschwerden und die zahlreichen Komplikationen mit einem Schlage. Dazu ist nötig die Abtragung des Wurmfortsatzes innerhalb des Coecalansatzes; das kleinste Stummelchen, das stehen bleibt, kann einen erneuten Anfall hervorrufen. Völliger Verschluß der Bauchwunde ist nur ratsam bei völlig reizfreiem Peritoneum. In zweifelhaften Fällen ist Drainage richtiger durch einen seitlich am Hüftbeinkamm gemachten Knopflochschnitt. Bei Infektion des Bauchfells ist offene Behandlung mit folgender Sekundärnaht nötig. Bei lokalisierter Erkrankung, die bereits 3 Tage alt ist, soll man abwarten und nur Abszesse inzidieren. Der Wurmfortsatz wird nur entfernt, wenn er leicht erreichbar ist, sonst muß man später eine Radikaloperation im freien Intervall anschließen. Bei Peritonitis sinken die Chancen am 3. Tage beträchtlich. Bei bereits eingetretener Darmlähmung ist eine Operation nicht zu empfehlen. Eine kleine Zahl von diesen kommt bei konservativer Behandlung noch durch. Die Intervalloperation ist sehr dankbar. Da mit jedem neuen Anfalle neue Verwachsungen entstehen, wachsen mit ihnen auch die Schwierigkeiten der Operation und die Nachbeschwerden. K. warnt vor der Operation bei nervösen Leuten, die mit rein nervösen Wurmfortsatzbeschwerden kommen, diese jedoch auch nach der Operation behalten; nur darf dieser Zustand nicht mit der Appendicitis larvata verwechselt werden. 2mal fand K. bei Operationen im akuten Stadium kleine Karzinome bei jugendlichen Individuen.

Calmann (Hamburg).

9) H. Lenhartz (Hamburg). Über die Unterbindung der Venen zur Bekämpfung des Puerperalfiebers.

(Med. Klinik 1906. Nr. 7.)

L. verfügt über eine Beobachtungsreihe von acht Puerperalfieberfällen, bei denen auf seinen Wunsch und seine Indikationsstellung hin von den Chirurgen Venenunterbindungen zur Bekämpfung der schweren Infektionskraft ausgeführt wurden. In allen Fällen handelte es sich um die thrombophlebitische Form des

Puerperalfiebers, in allen hatte L. einseitige Erkrankungen an septischer Thrombose angenommen und zur Unterbindung der Spermatica, in einigen auch zur Unterbindung der Hypogastrica, Iliaca und Saphena geraten. Das Ergebnis war nur in einem Falle günstig, in den übrigen sieben Fällen erfolgte der Tod. L. steht auf dem Standpunkte, nur dann den Eingriff zu erlauben, wenn mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit die einseitige Thrombose angenommen werden kann. Nach L. kann man so gut wie immer mit der Thrombose der Spermatica rechnen, deren Unterbindung er in jedem solchen Falle für geboten hält. Wenn es sich bereits um Cavathrombose handelt, was allerdings schwer zu entscheiden ist, so ist von jedem Eingriff abzuraten. Die sonstigen Allgemeinerscheinungen, besonders die schwere Anämie und die Herzschwäche, gestalten im Einzelfalle die Entscheidung, ob noch operiert werden soll oder nicht, äußerst schwierig. Einen besonders zu beachtenden Hauptpunkt bildet die Größe des operativen Eingriffes. Es handelt sich um Eingriffe, die solche Kranke nur äußerst selten aushalten dürften, und die den tödlichen Abschluß eher beschleunigen werden. L. hält es für geboten, noch die Fälle im einzelnen zu studieren, und läßt deshalb die kurze Beschreibung seiner acht Fälle folgen, die dem aufmerksamen Leser in vielfacher Hinsicht lehrreiche Schlußfolgerungen gestatten. **Zurhelle** (Bonn).

10) **K. Frankenstein** (Kiel). Kollision von Zwillingen bei der Geburt.
(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 10.)

F. bespricht eine poliklinische Geburt von zweieiigen Zwillingen bei einer IIpara, die durch den gleichzeitigen Durchtritt beider Früchte durch das Becken kompliziert war. F. wurde von der Hebamme gerufen, als der Rumpf eines Kindes bereits in Beckenendlage geboren war. Diese Frucht lag in erster dorsoanteriorer Beckenendlage, bereits abgestorben, Kopf noch oberhalb des Beckens. Die zweite Frucht lag in zweiter dorsoposteriorer Vorderhauptslage, Kopf in Beckenmitte.

In Narkose wurde das erste Kind mit der Smellie'schen Schere dekapitiert und das zweite Kind mit der Zange leicht lebend entwickelt. Dann wurde der Kopf des ersten Kindes, der während der Entwicklung des zweiten Zwillings unverrückt an seiner Stelle geblieben war, leicht durch Druck von oben in das Becken hineingebracht und mittels der in den Halsstumpf eingesetzten Kugelzange herausgeleitet. Die mütterlichen Weichteile blieben unverletzt. Der Wochenbettverlauf war reaktionslos. **Zurhelle** (Bonn).

11) **Blumenreich** (Berlin). Zur Frage der Hebotomie.
(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

B. berichtet über zwei Fälle von Pubiotomie, die unter ungünstigen äußeren Verhältnissen, bei mangelhafter Assistenz und mäßiger Beleuchtung in dem kleinen Zimmer einer Privatwohnung mit gutem Erfolge zur Ausführung kamen. Einen Fall beendete B. mit der Wendung, den anderen bei einer 39jährigen Erstgebärenden wegen Schlechterwerdens der klindlichen Herztöne mit der Zange, nachdem er 5 Stunden nach Ausführung der Pubiotomie abgewartet hatte. B. bespricht eingehend die Endergebnisse der bisher publizierten Pubiotomien mit Rücksicht auf die Gehfähigkeit, die Rekonvaleszenzverhältnisse und die Gefahren der Operation für die Mutter. Zur Verbesserung der Lebensprognose für diese scheint es B. in erster Linie notwendig zu sein, eine Kommunikation des Genitalschlauches mit der Knochenwunde zu verhüten. Venenthrombosen kommen auffallend häufig nach Pubiotomien vor. Die beträchtlich verlängerte Rekonvaleszenz und die Gefahr der Lungenembolie machen diese Komplikation besonders unangenehm. Sehr viel geringere Bedeutung beanspruchen die Hämatome.

Nach den Erfahrungen an der Lebenden und den Leichenversuchen scheint es B. am rationellsten zu sein, den Hautschnitt wie Döderlein am oberen Rande des horizontalen Schambeinastes bis auf den Knochen zu machen, dann aber den Finger nicht an der ganzen Hinterfläche, sondern nur etwa 1/2 cm weit nach abwärts herabzuführen und so die Führungsnadel zwischen Fingerspitze und Becken am Knochen entlang zu lenken. Gelingt es, sagt B. zum Schluß, die bisherige

Mortalität der Mütter durch Verminderung der ausgedehnten Scheidenzerreißungen beträchtlich herabzudrücken, wozu wohl sicher das Abwarten des spontanen Geburtsverlaufes nach Ausführung des Beckenschnittes am meisten beitragen wird, so wird die Hebotomie die Perforation des lebenden Kindes, den Kaiserschnitt aus relativer Indikation und die künstliche Frühgeburt verdrängen. B. spricht sich unbedingt dagegen aus, daß die Pubiotomie, die reichlich Schwierigkeiten in der Indikationsstellung, ferner in der Beurteilung der für die Erzielung eines lebenden Kindes wichtigen Momente, und schließlich auch bei der Ausführung der Operation bietet, eine Operation des praktischen Arztes werden soll.

Zurhelle (Bonn).

12) A. Dührssen (Berlin). Erwiderung auf den Artikel von Hofmeier: »Der vaginale Kaiserschnitt und die chirurgische Ära in der Geburtshilfe«.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 11.)

D. erwidert auf den im Zentralblatt referierten Artikel Hofmeier's, indem er zugleich seine Methode des vaginalen Kaiserschnittes verteidigt.

D. sieht die Haupterrungenschaft der chirurgischen Ära der Geburtshilfe in der Möglichkeit, bei allen seitens der weichen Geburtswege vorhandenen Widerständen, die Frau in schonender Weise von einem lebensfrischen Kinde zu entbinden. D. führt Bumm's Worte an, der den vaginalen Kaiserschnitt für die beste, leichteste und schnellste Entbindungsmethode bei Eklampsie und für den größten Fortschritt der letzten Zeit auf dem Gebiete der Geburtshilfe hält.

Nach D. sind im Gegensatze zu Hofmeier bei der geringen Gefahr der modernen Operationen zur Beseitigung des Widerstandes der weichen und der knöchernen Geburtswege Mutter und Kind gleich berechtigt, und muß die Entbindung sowohl bei Gefahr für die Mutter, wie auch bei Gefahr für das Kind vorgenommen werden. **Zurhelle** (Bonn).

13) G. Riebold (Dresden). Über prämenstruelle Temperatursteigerungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 11 u. 12.)

R. fand, daß bei manchen Individuen kurz vor Eintritt der menstruellen Blutung, ausgelöst durch den Vorgang der Follikelreifung, eine beträchtliche Steigerung aller Lebensprozesse statthat, daß um diese Zeit ein gewaltiger Sturm durch den Organismus geht.

Während bei gesunden Frauen zu dieser Zeit keine Disposition zu neuen Erkrankungen besteht (abgesehen von häufigen Verdauungsstörungen), kann ein kranker Organismus um diese Zeit besonders gefährdet sein. Alle möglichen Krankheiten können sich in der Prämenstrualzeit verschlimmern. Namentlich aber kommt es bisweilen zu prämenstruellen Temperatursteigerungen, die wahrscheinlich meistens auf Resorptionen aus älteren Infektionsherden zu beziehen sind, manchmal aber auch eine Exazerbation der Grundkrankheit anzeigen. R., dessen Beobachtungen sich auf einen Zeitraum von knapp 2 Jahren an einem Material von etwa 2000 weiblichen Kranken bei durchschnittlicher Verpflegungsdauer von etwa 30 Tagen erstreckte, fand, daß die prämenstruellen Temperatursteigerungen zwar häufig, aber keineswegs ausschließlich bei tuberkulösen, niemals jedoch bei vollkommen gesunden Frauen zur Beobachtung kamen. **Zurhelle** (Bonn).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 42. Sonnabend, den 20. Oktober. 1906.

Inhalt.

Internationale Konferenz für Krebsforschung

zu Heidelberg-Frankfurt a. M. vom 25. bis 27. September 1906.

Referiert von Dr. **A. Pinkuss** in Berlin.

E. v. Leyden (Berlin): Über das Problem der kurativen Behandlung der Karzinome des Menschen.

Vortr., der schon lange für die parasitäre Entstehung des Krebses eingetreten, sieht jetzt die Krebszelle als Trägerin der parasitären Eigenschaften an. Er berichtet über das Ergebnis von in seinem Institut vorgenommenen chemischen Untersuchungen des Krebsgewebes: die Krebszelle enthält ein Enzym, das verschieden ist von dem der anderen Zellen; dieses Enzym wirkt auflösend auf die Umgebung; diese Wirkung geht mit der Zeit immer weiter, es entstehen autolytische Prozesse im Blute der Krebskranken; es handelt sich also um toxische Einflüsse, welche die Krebskachexie verursachen. Vortr., der gewisse Zelleinschlüsse als Krebsparasiten angesprochen hat, nimmt jetzt an, daß eine Art Symbiose zwischen Parasit und Zelle vorliege.

Er berichtet über gewisse Besserungen, die er nach Röntgen- und Radiumbehandlung gesehen, definitive Erfolge liegen aber nicht vor.

In einem Falle von inoperablem Magenkarzinom bei einer 64jährigen Frau, wo die Probelaparotomie bereits mannigfache Peritonealmetastasen ergeben hatte, hat er nach 2—3monatiger Behandlung mit in seinem Institut hergestelltem Serum

eine Besserung erzielt, die sich in Gewichtszunahme um 21 Pfund und Verschwinden der Schmerzhaftigkeit dokumentierte; bis jetzt lägen weiter gute Nachrichten vor.

In einem anderen Falle, wo bei einer 48jährigen Frau nach vorangegangener Exstirpation der karzinomatösen Mamma ein karzinomatöser Tumor der Wirbelsäule auftrat, hat er gleichfalls durch längere Serumbehandlung Besserung des Allgemeinbefindens, Beseitigung der Schmerzen, Abnehmen der Wirbelanschwellung beobachtet. Wenn auch solche Fälle erst vereinzelt dastehen, so erhofft er doch von der Serumtherapie weitgehende Erfolge.

Czerny (Heidelberg): Über unerwartete Krebsheilungen.

Vortr. weist darauf hin, daß man in manchen Fällen von Krebserkrankung, wo von vornherein operative Eingriffe eine ganz geringe Aussicht auf absolute Dauerheilung wegen schon zu weit vorgeschrittener Karzinomentwicklung bieten, danach Rückbildung der malignen Erkrankung eintreten sieht, die zuweilen zu Dauerheilung führt. Dies gebe Anlaß, bei jedem Falle, der schon quoad Radikaloperation inoperabel erscheint, dennoch Palliativeingriffe (Excochleatio, Kauterisation u. a.) nicht unversucht zu lassen; er verweist auf die ausführlichen Berichte Lomer's. Vortr. berichtet über mehrere auffallende Heilungsvorgänge: in einem Falle, wo nach Mammakarzinomexstirpation Rezidiv mit multiplen Knoten 1895 eingetreten war und er diese nach Möglichkeit exzidiert hatte, trat ein Erisypel 3 Wochen p. op. auf mit dem Erfolge, daß bis jetzt die Kranke gesund ist. In einem anderen Falle, wo er vor 4 Jahren bei einem nicht mehr radikal operablen Uteruskarzinom die Exkochleation mit nachfolgender Kauterisation und Ätzung mit 30%igem Chlorzink vorgenommen hatte, besteht bis jetzt Heilung. In einem weiteren Falle, wo zunächst das Darmkarzinom inoperabel erschien, machte er die Kolostomie und konnte später den Eintritt der Möglichkeit der Radikalexstirpation feststellen und dieselbe vornehmen. In zwölf Fällen von Gastroenterostomie, die klinisch sicher Krebs diagnostizieren ließen und inoperablen Eindruck machten, hat er bis jetzt seit mehreren Jahren Heilung beobachten können. Er kennt mehrere Fälle, wo sicherlich an den Grenzen des operierten Gebietes noch Karzinom vorhanden gewesen und dennoch Heilung seit mehreren Jahren bestehen geblieben ist.

Auch bei Sarkomerkrankung hat er solche unerwartete Heilungen beobachtet. In einem Falle, wo nach einer Oberkiefersarkomoperation innerhalb weniger Monate immer wieder von neuem lokale Rezidive eintraten, hat er fünfmal noch nach der Radikaloperation Palliativoperationen vorgenommen mit dem Erfolge, daß der Pat. jetzt, seit 2 Jahren, frei von Rezidiv geblieben ist; er hat in einem anderen Falle bei einem an Sarkom erkrankten Manne seit mehr als 10 Jahren nach vorgenommener Rezidivoperation kein Rezidiv mehr auftreten sehen. Er stellt es als möglich hin, daß sich mit der Zeit im Körper Schutzstoffe entwickeln, die ein weiteres Rezidiv verhindern, und insofern könne vielleicht die Serumtherapie Erfolge zeitigen.

Fromme (Halle a. S.): Demonstration über das Verhalten der Mastzellen beim Karzinom.

Vortr. berichtet über das Verhalten der Lymphdrüsen beim Carcinoma cervicis uteri und über Versuche, dieses Karzinom auf Ratten zu übertragen (an der Hand von Projektionsbildern). In den Lymphdrüsen können bei einem Teile der Cervixkarzinome Bakterien nachgewiesen werden. Diese haben das ulzerierende Karzinom auf dem Wege der Lymphbahnen passiert — jedes ulzerierende Karzinom sei ja von sekundären Bakterien durchsetzt — und haben die Drüsen infiziert. Sie haben oft noch Virulenz, so daß sie nekrotische Herde in den Drüsen hervorrufen können.

F. erklärt das Zustandekommen des Fiebers beim Karzinom dadurch, daß die Bakterien die Lymphdrüsenbarrikaden überwinden und in das Blut gelangen. An der Hand weiterer Projektionsbilder wird das Verhalten der Mastzellen in den Drüsen gezeigt. Ihre starke Anhäufung in den noch nicht karzinomatösen und nicht bakteriell infizierten Drüsen scheint F. zu beweisen, daß die Mastzellen toxische Substanzen des Karzinoms vernichten. Die Mastzellen spielen eine weitere Rolle bei dem Neuaufbau von Bindegewebe in den Drüsen. Durch die Binde-

gewebsneubildung könnten Lymphdrüsenmetastasen abgeschlossen und event. zur Nekrose gebracht werden. In den karzinomatösen und bakteriell infizierten Drüsen wurde eine starke Verminderung der Mastzellen, also negative Chemotaxis beobachtet, während z. B. in den Drüsenmetastasen nicht ulzerierender Karzinome (Mammakarzinome) die Mastzellen bis dicht an das Karzinom heran lagen, also positive Chemotaxis zeigten. Das Cervixkarzinom auf Ratten zu übertragen, ist F. in 35 Versuchen bis jetzt nicht gelungen.

Ehrlich (Frankfurt a. M.) teilt gemeinsam mit Apolant ausführlich die Resultate seiner sich über einen Zeitraum von fast 4 Jahren erstreckenden Karzinomstudien mit.

Vortr. hat sich von Anfang an bei seinen Studien von Gesichtspunkten leiten lassen, die der Bakteriologie direkt entnommen sind, und dadurch, daß er die Krebszelle methodisch gleichsam als Bazillus behandelt, eine große Anzahl Tatsachen ermitteln können, die sowohl nach der theoretischen wie praktischen Seite hin hoffnungsvolle Ausblicke gewähren. Bei der ihm durch besondere Auslese fast konstant in 90—100% gelungenen Verimpfbarkeit epithelialer Mäusetumoren (Brustdrüsengeschwülste) beobachtete er zunächst eine bemerkenswerte Wuchsenergie; in einigen der schnell wachsenden Geschwulststämme machte er die Beobachtung einer allmählichen Sarkomentwicklung, die früher oder später zu einer völligen Eliminierung des Karzinoms führte. Er konnte eine bedeutende Resistenzfähigkeit der Geschwulstzelle gegenüber dem Einfluß abnormer Temperaturen feststellen, und zwar fand er das Bestehen einer Differenz in der Resistenz gegen höhere Temperaturen zwischen den Karzinom- und Sarkomzellen.

Von seinen Immunisierungsversuchen ist hervorzuheben, daß Mäuse, mit avirulenten hämorrhagischen Tumoren vorgeimpft, in einem hohen Prozentsatz gegen hochvirulentes Tumormaterial immun wurden. Eine Karzinom- wie eine Sarkomimpfung schützte gegen alle Karzinom- und Sarkomstämme, so daß also innerhalb dieses Rahmens durch jede Vorimpfung eine Geschwulstpanimmunität erzielt werden kann. Dieser Nachweis, daß es gelingt, Mäuse leicht und sicher gegen Karzinom und Sarkom zu immunisieren, bedeutet einen wesentlichen Fortschritt in der Erkenntnis und läßt uns hoffen, mit der Zeit auch praktisch greifbare Resultate zu erzielen. Er fand ferner, daß die Tumorzellen der Maus zu ihrem dauernden Wachstum eines spezifischen, nur im Mäuseorganismus vorhandenen Stoffes bedürfen; die Immunität der Ratten gegen diese Tumorzelle beruht auf dem Fehlen dieses Stoffes und wird von E. daher als atreptische Immunität bezeichnet. Bei Mäusen, die schon mit einem schnell wachsenden Karzinom oder Sarkom behaftet sind, geht eine zweite Karzinom- oder Sarkomimpfung gewöhnlich nicht an aus Mangel an dem Stoffe X im Mäuseorganismus.

Vortr. entwickelt seine Anschauung über die Bedingungen der spontanen Geschwulstentstehung. Eine Zelle kann nur dann zu einer Geschwulst auswachsen, wenn ihre Avidität zu den Nährsubstanzen eine größere ist als die der übrigen Körperzellen. Läßt sich die Geschwulst transplantieren, so ist die Avidität ihrer Zellen auch größer als die der Zellen des Durchschnittsorganismus. Ist sie dagegen nicht transplantabel, wie die überwiegende Mehrzahl der spontan entstandenen Mäusegeschwülste, so ist die Zellavidität nur größer als die der Körperzellen der speziellen Maus, auf der der Tumor gewachsen ist, nicht aber größer als die Avidität der Zellen des Durchschnittsorganismus; folglich beruht die Tumorentwicklung in diesem Falle nicht auf einer Aviditätserhöhung der betreffenden Zellen, sondern auf einer Aviditätsverminderung der Körperzellen. Dies ist der wissenschaftliche Ausdruck für die konstitutionelle Schwächung, welche als maßgebendes Moment bei der Tumorentwicklung angesprochen worden ist.

Lubarsch (Zwickau): Über destruierendes Wachstum und Bösartigkeit der Geschwülste.

Bei der Frage, ob sich destruierendes Wachstum und Bösartigkeit decken, muß zunächst darauf hingewiesen werden, daß nicht alle heterotopen Zellwucherungen einem destruierenden Wachstum ihr Dasein verdanken, daß es vielmehr besonders

im weiblichen Genitaltraktus und in Magen-Darmkanal und Gallenblase nichtblastomatöse heterotope Epithelwucherungen gibt (Robert Meyer, Lubarsch), auf die besonders bei der histologischen Diagnosenstellung Rücksicht genommen werden muß. Aber auch in Geschwülsten, richtiger blastomatösen Wucherungen, kommen sogar intravaskuläre Zellheterotopien vor, die nicht Folge eines destruierenden Wachstums sind, sondern passiv infolge von Blutungen innerhalb des Geschwulstparenchyms entstanden sind. Das findet man besonders in blutreichen Schilddrüsenadenomen. Aber selbst wenn der Befund epithelialer Wucherungen innerhalb der Blutbahn Folge einer richtigen Durchwachsung der Gefäßwand ist, wie man sie häufig findet, so ist damit noch nicht ein absolutes Kriterium der Bösartigkeit gegeben. Vielmehr zeigt ein großes Beobachtungsmaterial, daß auch solche verschleppte Geschwulstpfröpfe innerhalb der Blutbahn zerstört werden können und, selbst wenn der Primärtumor zahlreiche Einbrüche in die Blutbahn zeigte, nach Entfernung des Primärherdes völlige und dauernde Heilung eintreten kann.

Eine weitere Frage ist, ob beides — destruierendes Wachstum und Bösartigkeit — auf besonderen biologischen Änderungen der Zellen oder lokalen und allgemeinen Faktoren beruhen. Schon Cohnheim hat die Anschauung vertreten, daß das Hauptkriterium der Bösartigkeit, die Metastasenbildung, sehr wesentlich bedingt sei durch ein Versagen der normalen Regulativ- und Resorptionseinrichtungen. L. hat schon vor 12 Jahren die Hypothese aufgestellt, daß die Metastasenbildung sehr allmählich vorbereitet würde und erst zustande käme, nachdem zahlreiche der verschleppten Zellen am fremden Orte vernichtet sind und dadurch Gifte frei werden, die die normale Widerstandsfähigkeit der Gewebe und die Resorptionsfähigkeit der Zellen zu vernichten vermögen. Diese Auffassung wird durch seine neueren Untersuchungen an noch nicht krebsigen Lymphknoten und Organen ohne Metastasenbildung wesentlich gestützt. Die regionären Lymphknoten bei Karzinomen zeigen fast stets, auch wenn kein bakterieller Zerfall im Primärherd und sekundäre Infektion der Lymphknoten stattgefunden hat, entzündliche und regressive Erscheinungen (feinere und gröbere Nekrosen), an die dann erst die erste Ansiedlung von verschleppten Krebszellen anschließt. Diese zeigen dort, wo sie vereinzelt im Lymphsinus liegen, meist Zerfallserscheinungen. Das gleiche findet sich bei Krebsembolie besonders in den Lungenarterien, die vielfach ganz organisiert werden oder auch verfetten und verkalken. Eine weitere Konsequenz dieser Anschauung ist, daß nicht die histologische Struktur entscheidend für die Bösartigkeit der Blastome ist, daß vielmehr prinzipiell jedes Neoplasma destruierendes Wachstum und bösartigen Charakter annehmen kann, falls es nur in Lymphspalten oder Blutgefäße hineingelangt. Daß die biologischen Unterschiede zwischen Krebszellen und normalen Epithelzellen nur graduelle sind, ergibt sich aus einer Reihe von Experimenten, die er vorgenommen. Die auffallende Tatsache, daß zerschnittene und stark zerriebene Mäusekarzinomzellen noch gut transplantierbar sind, und daß selbst ein 2jähriger Aufenthalt bei — 10° die Lebensfähigkeit nicht aufhebt (Ehrlich), ist ein Zeichen, daß die Krebszellen von den chemischen Zellkorrelationen in hohem Maß unabhängig sind. Eine derartige relative Unabhängigkeit kommt aber auch z. B. den Zellen der Kaninchenspeicheldrüse zu; denn auch hier erwiesen sich zerschnittene und fein zerriebene Stücke sowie 12 Tage lang im Eisschrank aufbewahrte Partikel noch als gut transplantierbar. Mögen also selbst gewisse chemische Unterschiede zwischen der ausgebildeten Krebszelle und normalen Epithelien bestehen, so ändert das nichts an der Tatsache der prinzipiell biologischen Übereinstimmung beider Zellen.

Es ergibt sich somit, daß das destruierende Wachstum und die Bösartigkeit zum mindesten nicht ausschließlich von der Art der Tumorzellen abhängt und erst durch eine Art von Autointoxikation allmählich vorbereitet und erzeugt wird. Es ist deswegen nicht möglich, anatomische und klinische Einteilung der Geschwülste vollkommen in Einklang zu bringen; es ist unbillig, von dem Histologen zu verlangen, daß er dem Kliniker mit seinen Methoden die Prognose stellt. Es ist nur möglich, festzustellen, daß bei einem gewissen

histologischen Bau die Bösartigkeit das Gewöhnliche zu sein pflegt, während andere für gewöhnlich einen gutartigen Charakter bewahren. Aber immer muß scharf betont werden, daß es sich bei homöotopem und destruierendem Wachstum nur um verschiedene Wachstumsstadien handelt, die unter Umständen jeder Geschwulst zukommen können. Durch welche äußere Umstände das freilich veranlaßt wird, können wir noch nicht sagen. Es scheint aber wahrscheinlich, daß keine einheitliche Ursache anzunehmen ist. Und in diesem Sinn ist auch die Möglichkeit, daß Parasiten für die Entstehung der immer zunehmenden Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Geschwulstzellen von Bedeutung sein können, zuzugeben und auch von den pathologischen Anatomen nie geleugnet worden.

Spiess (Frankfurt a. M.) Experimentelle Heilversuche an Mäusekarzinomen.

Die Beobachtung, daß therapeutische Maßnahmen oft die Karzinomwucherung von neuem anreizen, daß durch solche gesteigerte Blutzufuhr einen Reiz zu schnellerem Wachstum geben, legten dem Vortr. die Möglichkeit nahe, durch Abschneiden der Blutzufuhr therapeutisch auf das Karzinom einzuwirken; seine weitere praktische Beobachtung, daß durch Anästhesierung Anschwellungen zurückgehen, veranlaßten ihn durch Injektion von anästhesierenden Medikamenten in den Mausekarzinomtumor die Blutzufuhr zu behindern und dadurch zu versuchen eine Verkleinerung des Tumors zu erzielen. Er machte diese Versuche im Ehrlich'schen Institut zunächst mit Novokain, dann mit einem noch unbekannten Anästhetikum der Höchster Farbwerke; er hat auf diese Weise eine größere Anzahl Mäuse heilen, bei anderen jedenfalls eine günstige Beeinflussung konstatieren können. Die sehr malignen Tumoren wurden nur ausnahmsweise absolut geheilt, bei den langsam wachsenden Tumoren sah er eher Heilung eintreten. Die Mutmaßung, daß es sich um die Wirkung einer Infiltrationsanästhesie handle, weist er zurück. Die Versuche sollen im neuen Czerny'schen Institut für Krebsforschung fortgesetzt werden.

Originalien.

I.

(Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.)

Über Schwangerschaftsblutung infolge von Veränderungen der Decidua reflexa.

Von

W. A. P. F. L. J. Mendels.

Während man über das Fehlen oder Vorhandensein der Reflexa (Capsularis) bei Extra-uterin-Schwangerschaft in den letzten Jahren mehrfach diskutiert hat, besteht ziemlich wenig Interesse für die Decidua reflexa bei uteriner Schwangerschaft; die einzige größere Arbeit aus den letzten Jahren über die Reflexa stammt von Fräulein K. van Tussenbroek.

Als Ergebnis der Auffassungen unserer gangbaren Lehrbücher kann man ungefähr folgendes hinstellen: Die zuerst ziemlich dicke Reflexa wird mit fortschreitender Schwangerschaft immer dünner und verschwindet nach dem 6. Monate vollständig. Die Decidua vera liegt dann dem Chorion laeve direkt an. Keine Spur bleibt von der Reflexa

übrig, sagt Pfannenstiel in v. Winckel's Handbuch, die ganze Reflexa geht an Koagulationsnekrose zugrunde. Auch van Tussenbroek ist derselben Meinung. Nach ihren Untersuchungen beginnt die Nekrose am Eipol und setzt sich allmählich über die ganze Oberfläche fort, so daß schließlich nichts mehr von ihr übrig bleibt und Chorion und Vera miteinander verkleben.

Nur in Bumm's Lehrbuch wird die Auffassung vertreten, daß stets ein Rest Reflexa übrig bleibt. Veit läßt die Reflexa sich verdünnen und mit der Vera zu einer einzigen Haut verkleben.

Ich habe eine größere Zahl reifer Placenten daraufhin besonders untersucht, und ich meine daraus zu dem Schluß berechtigt zu sein, daß das völlige Fehlen der Reflexa am Ende der Schwangerschaft keine ganz normale Erscheinung ist; auch meine ich dies aus den Abbildungen von van Tussenbroek schließen zu dürfen. Stets bleibt ein mehr oder weniger großer Rest von Reflexa zwischen Vera und Chorion übrig.

Insbesondere sieht man an dem Rande der Placenta, daß die Serotina die Zotten nach dem Uterus zu begrenzt, und daß der Abschluß nach der Eihöhle zu durch das Chorionbindegewebe erfolgt. Am Rande der Placenta, dort, wo sich der Sinus circularis befindet, setzt sich die Serotina uterinwärts fort und verbindet sich mit der Vera, sowie nach dem Chorion zu mit der Reflexa. Sieht man sich nun das Chorion laeve genauer an, so liegt uterinwärts, also nach außen von ihm eine Gewebslage auf, die sicher nicht zum Chorion selbst gehört; diese Lage besteht aus einem äußeren, deutlich als Vera charakterisierten Teil und einem zum Teil nekrotischen Gewebe mit einzelnen großen Zellen, die etwa decidualen Elementen entsprechen, und zwischen ihnen liegen rundliche, gleichfalls nekrotische Gebilde, welche den Resten der Zotten des primitiven Chorion entsprechen, sowenig Struktur sie auch nur zeigen.

Diese Zottenreste zwingen mich aber die ganze Gewebslage nicht als irgend etwas Indifferentes, sondern als den Rest der Reflexa anzusehen. Ich halte es wenigstens für außerordentlich unwahrscheinlich, daß die Zotten einmal in die Vera selbst hineingewachsen sind. Die Reste von Gewebe, welche diese Zottenreste umgeben, sind die Reste der ehemaligen Reflexa, und diese Reste kann man so gut wie stets am Rande der Placenta, meist auch etwas entfernt davon, erkennen. Die Erkenntnis entfernter vom Rand ist für denjenigen leicht, der das charakteristische Bild einmal am Rand erkannt hat, und der darauf gefaßt ist, daß entfernt vom Placentarrand die Zottenreste etwas weiter auseinander liegen. Besonders betonen möchte ich aber, daß ich das gleiche Bild auch bei van Tussenbroek finde, so daß ich ihre Angabe des Fehlens der Reflexa aus ihren eigenen Abbildungen widerlegen kann.

Ausnahmsweise kommt es vor, daß die Reflexa am Ende der Schwangerschaft einmal fehlt, aber ich kann es nur als Ausnahme zugeben; im allgemeinen findet man deutliche Reste.

Ganz ausnahmsweise kann aber die Reflexa auch in frühen Monaten fehlen; das bewirkt aber im allgemeinen ernste Erscheinungen, nämlich Blutabgang. Fragt man nach den Ursachen für Blutabgang während der Schwangerschaft, die im Ei oder in den mütterlichen Eihäuten liegen, so kennt man die Verhaltung eines abgestorbenen Eies, die Blasenmole, die Placenta praevia, die Endometritis decidua polyposa, die vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitze, sowie den Abortus selbst.

Praktisch ist es meines Erachtens wichtig, zu betonen, daß in dem Blutabgang an sich keine Anzeige zur Einleitung des Abortus, zur Entleerung des Uterus liegt.

Auf Grund des folgenden Falles scheint es mir berechtigt, an dieser Beschränkung etwas zu ändern.

Am 5. Mai 1905 wurde eine 37 Jahr alte Frau in die kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S. aufgenommen, welche jetzt zum zwölften Male schwanger war. Ihre Menstruation hatte sie stets regelmäßig gehabt; die ersten zehn Schwangerschaften waren ohne Besonderheiten verlaufen; die elfte Schwangerschaft endete abortiv im 3. Monate; diesmal hatte sie ihre letzte Menstruation im November gehabt; im Beginne des Januar bekam sie eine Blutung, die den ganzen Monat durch andauerte, um dann allmonatlich wieder einzutreten, jedesmal nur für kurze Zeit. Von Ende März ab aber traten die Blutungen ganz unregelmäßig ein, und es fiel ihr auf, daß sie die Kindsbewegungen schon verspürte. Bei der Aufnahme bot sie übrigens keine besonderen Abweichungen; nur war die Anämie sehr hochgradig. Der Fundus uteri stand 2 Finger über dem Nabel; die Herztöne waren rechts vom Nabel deutlich hörbar. Die Portio vaginalis war etwas verkürzt, mit einigen Narben umgeben, der äußere Muttermund war geschlossen. Blutiger Schleim ging ab. 2 Tage nach der Aufnahme, am 7. Mai, bekommt Pat. Wehen; des Morgens um 6 Uhr sind sie deutlich; um $^1/_2$12 Uhr geht das Fruchtwasser ab, und kurz darauf wird die Frucht in Fußlage geboren. 5 Minuten darauf kommt die Nachgeburt. Die Frucht, von weiblichem Geschlecht, lebt, geht aber demnächst zugrunde; sie wog 650 g. Die Placenta wog 240 g, war ca. 2 cm dick und 12 resp. 14 cm breit. Die Eihäute waren vollständig; sie inserierten rings herum etwa 1 cm nach innen vom Placentarrand; der Eihautriß war überall weit vom Placentarrand entfernt. Der Nabelstrang war ca. 30 cm lang und inserierte ungefähr zentral.

Die Entwicklung der Frucht entsprach also der Zeit der Schwangerschaft. Aus der weiten Entfernung des Eihautrisses vom Rande der Placenta konnte man die Praevia mit Sicherheit ausschließen. Die vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitze war auszuschließen, weil jegliche Depression der uterinen Fläche der Placenta fehlte. Makroskopisch waren krankhafte Veränderungen an den Eihäuten, vor allem Blasenmolenbildung, nicht zu konstatieren.

Dagegen fiel bei genauerer Betrachtung auf, daß die Außenseite des Chorion laeve ganz glatt war, und dieser Umstand regte zu ge-

nauerer Untersuchung an. Ich machte an den verschiedensten Stellen mikroskopische Präparate, und auffallenderweise vermißte ich am Chorion laeve die Reflexa. Am Rande der Placenta dagegen hing im Zusammenhange mit der Serotina ein Stück Decidua vera, die sich ein wenig umgedreht hatte, aber als solche doch deutlich erkannt werden kann. Zwischen der Vera und Serotina findet sich nun eine an den verschiedenen Stellen verschieden dicke Lage Fibrin; nirgends aber fand ich eine Spur der Reflexa.

Sieht man dies auch ein oder das andere Mal an normalen Eiern, so ist es doch um diese Zeit der Schwangerschaft und in so großer Ausdehnung wie hier sicher als Abnormität anzusehen. Das Wichtigste ist aber, daß auf Serienschnitten deutlich verfolgbar ein Kanal durch das erwähnte Fibrin geht, der den freien Raum zwischen Vera und Außenseite des Chorion mit dem intervillösen Raume verbindet. Dieser Weg ist nicht nur auf den Serienschnitten gewissermaßen theoretisch zu konstruieren, sondern einzelne freie Chorionzotten, die in dem Kanale liegen, zeigen deutlich, daß der Weg von dem Inhalte des intervillösen Raumes zum Hinausgelangen benutzt wird, und zwar nicht nur von Chorionzotten, sondern selbstverständlich auch von mütterlichem Blut, welches in dem intervillösen Raum enthalten ist. Die sonst um diese Zeit der Schwangerschaft noch stets erkennbare Reflexa schließt den intervillösen Raum ab. Zeitweise wird der Weg verstopft durch die Zotten, die etwa austreten; dazwischen aber ist der Weg frei für das Blut. Hierin finde ich für diesen Fall die Erklärung für den Blutabgang nach außen. Ich nehme an, daß es sich um einen primären Defekt der Reflexa gehandelt hat. Nirgends auf der Außenseite des Chorion laeve sind Zotten in der Rückbildung vorhanden, wie man sie sonst in den Resten der Reflexa findet.

Zufällig beobachtete ich wenige Wochen darauf einen ähnlichen Fall.

Es handelte sich um eine 37 Jahr alte Frau, die neunmal normal schwanger gewesen, jetzt zum zehnten Male schwanger war. Die letzte Menstruation hatte sie Mitte Januar 1905. Am 1. März hatte sie eine kurz dauernde Blutung und Ende März von neuem einen Blutabgang, dem Anfang April und Anfang Mai erneute Blutung folgte; jetzt bestand seit 4 Tagen eine starke Blutung. Als die Kranke am 12. Juni 1905 aufgenommen wurde, bestand sehr erhebliche Anämie, die außerhalb der Klinik einen Arzt zur Tamponade veranlaßt hatte. Lungen und Herz waren normal; irgendein Grund für den Blutabgang ließ sich vorläufig nicht nachweisen, und mit der Diagnose Abortus imminens oder Blasenmole wurde die Kranke zur Beobachtung aufgenommen. Vom 13.—16. Juni ging täglich mehr oder weniger Blut ab, und im Hinblick auf den hohen Grad der Anämie wurde schließlich die Entleerung des Uterus beschlossen. Am 18. Juni werden Laminariastifte eingeführt, bei deren Entfernung am 19. Juni es recht erheblich blutet; das Ei wird sofort entfernt, und zwar so, daß zuerst die kleine Frucht extrahiert und dann die

Placenta herausgedrückt wird. Die Frucht lebte, war 25 cm lang, wog 330 g. Auch diese Placenta schien bei oberflächlicher Betrachtung nichts Besonderes von Abweichung darzubieten; nur lag auf den Eihäuten ein großes Coagulum auf. Es wurde vorläufig nicht entfernt. Die Eihäute sind übrigens vollständig, und der Eihautriß ist überall vom Rande der Placenta weit entfernt. Auch hier keine Depression auf der serotinalen Seite der Placenta. Auch hier bestand also weder Placenta praevia noch vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz; auch hier nichts von Blasenmole; auch hier lebende Frucht; die gewöhnliche Ursache der Ausstoßung der Frucht — ihr Tod — mit voller Sicherheit auszuschließen.

Es war nun höchst auffallend, daß auch hier bei genauerer Untersuchung die Reflexa eine gleiche oder wenigstens ähnliche Abnormität wie im ersten Falle darbot. Auf der Außenseite des Chorion laeve liegt in fibrinösem Material ab und zu eine fibrinös veränderte tote Zotte; man kann daher hier nicht von Fehlen der Reflexa sprechen; aber das obenerwähnte Blutcoagulum am Rande der Placenta setzt sich direkt ohne jede Unterbrechung in den intervillösen Raum fort. Auch hier ist also das Blut, welches das Coagulum bildete, direkt aus dem intervillösen Raume hergekommen; auch hier strömt also das mütterliche Blut wenigstens zeitweise direkt auf die Oberfläche der Vera und damit nach außen.

Wenn ich in dem ersten Fall annahm, daß es sich um ursprünglich mangelhafte Anlage der Reflexa handelte, so möchte ich hier glauben, daß die Reflexa zwar angelegt war, aber später an dem Übergange in die Vera zerriß, so daß hier der intervillöse Raum eröffnet wurde. Ob hier eine Zerreißung, also ein Trauma, oder eine vorzeitige Degeneration vorliegt, lasse ich noch dahingestellt.

Wenn man annimmt, daß in der Tube sich keine Reflexa bildet, so würde das Ei in dem erstbeschriebenen Falle sich analog einem Tubenei im Uterus entwickelt haben. Auch das Ei in dem zweiten Fall ähnelt einem Tubenei insofern als bei Bildung einer tubaren Reflexa der spätere Austritt des Eies oder von Teilen des Eies in das Tubenlumen zur Regel gehört.

Ursprünglich mangelhafte Anlage oder Veränderungen der Reflexa muß ich als ätiologische Momente anschuldigen.

Praktisch scheint mir diese Beobachtung von Bedeutung, weil durch diese anatomische Veränderung es sich erklärt, daß eine Schwangere sich aus dem intervillösen Raume verbluten kann, ohne daß eine der sonstigen Ursachen für Blutung in der Schwangerschaft erkennbar ist. Wenn daher bei Blutungen in der Schwangerschaft die Anämie einen bedrohlichen Charakter annimmt, so kann die Unterbrechung der Schwangerschaft tatsächlich das einzige Mittel darstellen, durch das man die Blutung zu stillen imstande ist.

Diese Blutung aus dem intervillösen Raum infolge von Fehlen oder Zerreißen der Reflexa zeichnet sich dadurch aus, daß sie frühzeitig beginnt, zeitweise steht (wenn sich ein Coagulum davor legt),

das Leben des Kindes nicht beeinträchtigt und extreme Grade der Anämie herbeiführt. Ich erblicke in ihr bei bedrohlicher Anämie eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Man wird ja schon jetzt manchmal in der Praxis wegen Blutung die Schwangerschaft unterbrochen haben; aber streng genommen gehört der Blutabgang bisher nicht zu den Anzeichen zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

Nach Fertigstellung dieser Mitteilung finde ich bei Webster[1] folgende Angabe: Eine Reflexaplacenta ist wahrscheinlich eine häufige, obwohl gewöhnlich nicht erkannte Ursache von Abortus und Frühgeburt, indem die degenerierte Reflexa verdünnt wird und einreißt, so daß es so zu Blutungen kommt.

II.

Zur Technik der Cystoskopie.

Von

Dr. **Schwarzwäller** in Stettin,

Frauenarzt.

Die Frage, ob zur Füllung der Blase bei der cystoskopischen Untersuchung die Spritze oder der Irrigator zu benutzen sei, ist eine offene und wird verschieden beantwortet. Stoeckel und Krönig z. B. bevorzugen den Irrigator, während Casper und Nitze die Spritze empfehlen.

Eine Beobachtung, die ich gelegentlich einer Blasenfüllung machte, scheint mir einen, soweit mir die Literatur zu Gebote steht, bis jetzt noch nicht beobachteten Übelstand des Irrigators und eine Überlegenheit der Spritze zu beweisen.

Es handelte sich um eine 25jährige, seit 4 Jahren verheiratete Frau, die 3mal geboren und 1mal, vor 6 Wochen, abortiert hatte. Seit 1/2 Jahre klagte sie über häufigen und schmerzhaften Harndrang, der Urin soll zuweilen blutig gewesen sein.

Genitalbefund ohne Besonderheiten. Durch Katheterismus wird ein stark trüber, alkalisch reagierender, leicht rosa gefärbter Urin entleert. Zum Zwecke der Cystoskopie wird die Blase vermittels eines etwa 1 m höher als die Blase hängenden, 1 1/2 Liter fassenden, 3%ige Borsäure enthaltenden Irrigators ausgespült. Es laufen jedesmal etwa 150 g hinein (Spülflüssigkeit bleibt trübe). Beim 4. Male beobachtete ich, wie nach anfänglichem Fallen des Wasserspiegels im Irrigator um etwa 1fingerbreit (ca. 100 g) derselbe allmählich wieder anfängt zu steigen und fast wieder um einen Finger breit steigt. Im Glasrohr, zwischen Irrigatorschlauch und Katheter, sah man eine Trübung.

---

[1] Webster, Die Placentation beim Menschen. Deutsch von Kolischer. Berlin, 1906, p. 66.

Die Blase enthielt bei der darauf vorgenommenen Entleerung nur einige Tropfen Spülflüssigkeit.

Es ist meiner Ansicht nach nicht zweifelhaft, daß in diesem Falle durch eine starke Kontraktion der Blase die Spülflüssigkeit in den Irrigator zurückgepreßt ist.

Zeigt sich bei genauerer Beobachtung, daß leichtere Fälle eines derartigen Rückflusses häufiger vorkommen, dann ist allerdings der Irrigator zur Blasenfüllung zu verwerfen, weil durch das zurückfließende Wasser Spülflüssigkeit und Irrigator infiziert werden. Will man auf den Irrigator nicht verzichten, so könnte man sich event. durch Einfügung eines Rückschlagventiels am Ende des Schlauches vor dem Rückfluß der Spülflüssigkeit in den Irrigator schützen.

Die Cystoskopie konnte leider an demselben Tage aus äußeren Gründen nicht ausgeführt werden, und später ist Pat. nicht wieder erschienen.

III.

Beckenbindegewebsmyome.

Von

Dr. K. Hugel,
Frauenarzt in Landau (Pfalz).

Wenn auch die Zahl der Veröffentlichungen über Myome, die in keinem Zusammenhange mit dem Uterus stehen, in letzter Zeit häufiger geworden sind, so sind doch immerhin noch die reinen Beckenbindegewebsmyome als seltene Geschwülste zu bezeichnen. Die jüngste Arbeit über Neubildungen des Beckenbindegewebes von Prof. J. A. Amann in dem von Prof. A. Martin herausgegebenen Werke »Die Krankheiten des Beckenbindegewebes« hat die gesamte Literatur, sowie die klinischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse in erschöpfender Weise dargestellt, so daß es überflüssig ist, nochmals darauf einzugehen. Wir wollen uns daher auch nur auf unsere drei Fälle beschränken, die wir in dem letzten halben Jahre zur Operation bekamen, in der Voraussetzung, daß jeder neue Fall einen kleinen Beitrag zur Ätiologie, zur Diagnostik und zur pathologischen Anatomie liefern kann.

Am 28. April wurden wir zum Konsilium zu einer 79jährigen Greisin zugezogen, da die Frau eine große Unterleibsgeschwulst habe, die ihr das Leben unerträglich mache.

Die Anamnese ergab: Es haben acht spontane Geburten stattgefunden; die letzte in den 40er Jahren. Die Menses waren früher immer regelmäßig und nie wesentlich verstärkt. Die Menopause trat mit dem 50. Lebensjahre auf. Die große Unterleibsgeschwulst wurde angeblich erst vor 1 Jahre bemerkt, wo gleichzeitig Unbequemlichkeiten sich einstellten. Der Leib wurde dicker, die Beine schwollen an, Schweratmigkeit und beständige Bettlägerigkeit war die Folge. In den letzten Tagen wurde über starke Magenschmerzen geklagt; der Hausarzt untersuchte nun das Abdomen und fand dasselbe durch eine kindsgroße Geschwulst bis zur Magengegend knollig ausgefüllt.

*

Die objektive Untersuchung ergab: Kleine gutgenährte Greisin mit starken Ödemen an den unteren Extremitäten, befindet sich in halb sitzender Lage im Bett. Der linke Herzabschnitt ist bis zur Mammillarlinie verbreitet; an der Herzspitze und zur Basis des Herzens ziehend wird ein diastolisches kratzendes Geräusch gehört. Das Abdomen ist stark vorgewölbt und von einer höckerigen, derben Geschwulst, die handbreit bis oberhalb des Nabels reicht, ausgefüllt. Die Magengegend ist druckempfindlich, aber von Geschwülsten frei. An den seitlichen Partien des Abdomens ist bis zum Nabel reichende Dämpfung vorhanden, die sich bei Lagewechsel entsprechend der Schwere verschiebt. Die Geschwulst scheint in das kleine Becken eingekeilt zu sein und ist wenig beweglich. Die Därme scheinen an der Oberfläche der Geschwulst teilweise verlötet zu sein; bei der Palpation werden dieselben deutlich als über den Tumor verlaufende Stränge gefühlt, die beim Versuche des Verschiebens immer wieder an ihren alten Ort zurückweichen, eine Erscheinung, die sich der palpierenden Hand so sehr aufdrängte, daß sie den Hausarzt zu der sehr richtigen Bemerkung verleitete, bei einer Punktion müsse man hier den Darm verletzen. Ein Aufblasen des Kolon und der Flexura sigmoidea, was Amann zur Sicherung der Diagnose in solchen Fällen zu tun rät, konnte aus äußeren Gründen nicht vorgenommen werden. Bei der vaginalen Untersuchung findet man den Uterus nach rückwärts gedrängt; der Fundus scheint wie durch einen breiten Stiel mit dem Tumor in Verbindung zu stehen. Die Adnexe können nicht abgetastet werden. Die Diagnose wurde auf großes Uterusfibrom mit Darmverwachsungen gestellt.

Bei dem hinfälligen Zustande der Pat. schlugen wir die Operation zunächst ab. Da aber in den weiteren Tagen sich das Befinden immer mehr verschlimmerte, eine Operation dringend gewünscht wurde und auch die operative Entwicklung des Tumors außerhalb des kleinen Beckens nach Lösung der adhärenten Darmschlingen leicht erschien und sich in wenigen Minuten voraussichtlich bewältigen ließ, wurde am 4. Mai zur Operation in Skopolamin-Ätherrauschnarkose geschritten.

Großer Längsschnitt und Eröffnung des Abdomens in der Medianlinie. Man findet nun einen vollkommen retroperitoneal gelegenen Tumor, auf dessen Kuppe der untere Teil des Ileums mit Mesenterium sowie der Anfangsteil des Colon ascendens aufsitzt. Die Größe der Geschwulst verwehrte zunächst jeden weiteren Einblick. Jetzt wäre es das beste gewesen, das Abdomen wieder zu schließen. Da aber von anderen Maßnahmen kein Erfolg zu erwarten war, wurde versucht von rechts her den Dünndarm breit von der Oberfläche des Tumors zu lösen und letzteren am retroperitonealen Raum zu morzellieren. Beim Ablösen des Darmes kam es zu starker Blutung, die sich wegen der Brüchigkeit der Gefäße schwer stillen ließ. Die Zusammensetzung des Tumors aus einzelnen faustgroßen Knollen kam uns aber bei dem Morcellement gut zustatten, und so konnte in kurzer Zeit der Tumor entwickelt werden. Nach der Lage des Tumors war es vollkommen klar, daß derselbe nicht mit dem Uterus in Zusammenhang stehen konnte, und wir fanden auch, nachdem der Beckenring von Tumormassen frei geworden war, den Uterus in keinem Zusammenhange mit dem Tumor. Der rechte Ureter, auf den große Sorgfalt verwendet wurde, lag von oben bis zum Durchtritt durch das rechte Lig. latum frei. Der Tumor ging von der Sakral- und Ileocoecalgegend retroperitoneal aus. Nach sorgfältiger Blutstillung und Peritonealisierung der großen Wundfläche wurde das Abdomen geschlossen. Trotz Kampfer- und Kochsalzinfusion kollabierte jedoch die Pat. und starb kurze Zeit nach dem Eingriffe

Der kindsgroße Tumor bestand, wie oben angedeutet, aus vielen apfel- bis faustgroßen, leicht ausschälbaren Knollen; die in der Mitte liegenden sind weich, ödematös; an einigen Stellen besteht eine dicke Schale, die an das Zuckergußperitoneum erinnert.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Bei den sehr zahlreichen in konzentrischen Zügen angeordneten glatten Muskelfasern treten die Bindegewebszüge in den Hintergrund. An der Peripherie sind die Muskelzellen so häufig, daß sie fast den Verdacht der Malignität erwecken. Sie sind aber wie die zentralen Partien von fibröser Kapsel umschlossen. Die Schale des Tumors setzt sich aus

gequollenen fibrösen Fasern zusammen. Die Lymph- und Blutgefäße sind außerordentlich zahlreich. Die Intima der Blutgefäße ist scharf differenziert; die Media und Adventitia sind stark verbreitert; die einzelnen Zellen sind schollig resp. hyalin degeneriert. An einigen Stellen liegen die Gefäße so zahlreich beisammen, daß man kavernöses Gewebe vor sich zu haben glaubt.

2. Fall: Am 12. Mai wurde uns von Kollege D. eine 46jährige Frau mit totalem Uterusprolaps behufs Vornahme der Wertheim'schen Prolapsoperation zugeschickt.

Die Anamnese ergab: Vor 20 Jahren einmal geboren; die zugezogene Hebamme riß mit aller Gewalt die Nachgeburt heraus. Im Anschluß daran will die Frau ein allmähliches Herabsinken der Gebärmutter bemerkt haben. Erst seit 1 Jahr jedoch soll der Vorfall total geworden sein, und zwar infolge eines Sturzes von einer Treppe. Die Menses waren in den letzten Jahren unregelmäßig; sie traten alle 14 Tage auf, waren sehr stark und hatten eine Dauer von 4—5 Tagen. Hervorzuheben ist, daß die Mutter gleichfalls an einem kompletten Uterusvorfall gelitten habe und eine Schwester an dem gleichen Übel leide. Geschwülste sind aber in der Familie nicht bekannt.

Die objektive Untersuchung ergab: Mittelmäßig genährte Frau mit dürftig entwickelter Muskulatur. Herz und Lunge ohne pathologischen Befund. Bauch eingezogen; untere Lebergrenze ragte halbhandbreit in der rechten Mammillarlinie unter dem Rippenbogen hervor. Der Uterus ragt weit aus den Genitalien hervor vordere und hintere Scheidenwand komplett invertiert. Versucht man den Uterus zurückzuschieben, so fällt er immer wieder vor. Bei der vaginalen Untersuchung fühlt man dem hinteren Scheidengewölbe aufsitzend an Stelle, wo der Uterus hätte liegen können, ein Gebilde wie einen zweiten Uterus. Dasselbe ist gut beweglich und nach allen Richtungen abtastbar. An seiner Vorderwand verläuft ein Strang, der als die rechte Tube gedeutet wird. Das rechte Ovar konnte nicht gefühlt werden. Es wurde daher die Diagnose auf Fibrom des rechten Eierstockes mit sekundärem Uterusprolaps gestellt.

Die am 14. Mai vorgenommene Operation ergibt nach Eröffnung des Abdomens durch suprasymphysären Querschnitt folgenden Befund: die beiden Adnexe sind vollkommen frei, ebenso der tief getretene Fundus uteri. Hinter dem rechten Ovar, von dem Aileron postérieur der Franzosen ausgehend, befindet sich eine faustgroße, derbe, solide Geschwulst mit einigen rundlichen Höckern und glatter, spiegelnder Serosa. Der Tumor steht in keinem Zusammenhange mit dem Uterus. Da der Tumor, vollkommen frei in das Becken hereinragend, hinter dem rechten Lig. latum der Stelle aufsitzt, wo der rechte Ureter in die Basis des Ligaments eintritt, wurde die Serosa vorsichtig am Beckenboden umschnitten und der Tumor enukleiert. Da es aus dem Bette des Beckenbindegewebes blutet, wird der Ureter an der Kreuzungsstelle mit der Hypogastrica aufgesucht und beckenwärts zum Lig. latum verfolgt, um eine zufällige Verletzung desselben bei den notwendigen Unterbindungen zu vermeiden. Der Ureter war in die Tiefe und nach außen verlagert. Die Wunde wird peritonealisiert. An der Hinterwand des Uterus befindet sich noch ein taubeneigroßes Myom, das enukleiert wird. Der Uterus wird darauf nach Kocher's Methode ventrofixiert und das Abdomen durch Schichtennaht geschlossen. Der Heilungsverlauf war durch eine Bauchdeckeneiterung kompliziert, die von einem Zwirnfaden, der zur Ventrofixation benutzt wurde, ausging. Der Pat. geht es zurzeit gut, und ist dieselbe beschwerdefrei.

Der faustgroße Tumor hat glatte Oberfläche; die vordere Fläche ist kugelig gebuckelt; die hintere Fläche mehr eben und konform der hinteren Beckenwand. Beim Durchschneiden knirscht das Gewebe, das überall von gleichmäßig derber Konsistenz ist. Unregelmäßige Bindegewebszüge teilen größere, rundliche oder polygonale Komplexe ab, die wieder durch arkadenförmige Septen in kleinere Unterabteilungen zerlegt werden. Bei Lupenvergrößerung lassen sich in diese kleinen rundlichen Felder wiederum Bindegewebszüge hinein verfolgen. Die Felder sind ausgefüllt von derbem, rötlichem Gewebe. Der seröse Überzug umschließt den ganzen Tumor und kann nur unvollkommen an einzelnen Stellen abgezogen werden.

Die mikroskopische Struktur weicht von der eines Kugelmyoms fast in nichts ab. Im allgemeinen herrschen auch hier die zierlichen Bindegewebsfasern vor, die teils in Kreisen, teils in geschwungenen Linien glatte Muskelfasern umschließen. Die Muskelfasern haben die Dicke der Uterusmuskelfasern. Die Lymphspalten sind reichlich vorhanden, die Gefäße in allen Schichten gut entwickelt. Eingesprengte fremdartige Zellen werden nicht gefunden.

Da nach Amann die Desmoide der Bauchdecken gleichfalls in einem gewissen Zusammenhange mit den Beckenbindegewebsgeschwülsten stehen, da diese, ebenfalls von Subserosiden ausgehend, unabhängig vom Uterus sich entwickeln, reihen wir diesen beiden reinen Beckenbindegewebsmyomen einen dritten Fall von Bauchdeckenmyom an.

Frau L., 33 Jahre alt, wurde uns am 13. Februar von einem Kollegen zur Begutachtung in die Sprechstunde geschickt. Die blühend aussehende Dame klagte nur über eine gewisse Steifigkeit im rechten Bein und stechende Schmerzen in der rechten Bauchseite. Seit etwa 1/4 Jahre bemerkte sie eine Geschwulst in der Blinddarmgegend, die im allgemeinen sich in der letzten Zeit nicht verändert hatte, ihr aber wegen der Möglichkeit einer bösartigen Entartung Sorge machte. Frau L. hatte dreimal spontan geboren; die Menses waren sonst immer regelmäßig; als Kind hatte sie Bleichsucht gehabt. Die Eltern sind gesund, Geschwülste sind in der Familie nicht beobachtet worden. Bemerkenswert ist, daß Frau L., worauf Veit in seinem Handbuche der Gynäkologie hinweist, viele sog. spannende Romane gelesen hat; eine Beobachtung, die in den obigen Fällen nicht gemacht wurde.

Bei der objektiven Untersuchung fand man in der Blinddarmgegend eine faustgroße, derbe Geschwulst, deren unterer Pol der rechten Darmbeinschaufel angelagert war. Der Tumor war vollkommen unbeweglich. Der mediale Pol schien bis zur Arteria iliaca communis herabzuziehen. Die vaginale Untersuchung ergab vollkommen normale Verhältnisse an Uterus und Adnexen; die rechte Art. iliaca konnte sehr gut in Beckenhochlagerung abgetastet werden und wurde insbesondere festgestellt, daß der mediale Pol des Tumors die Arterie nicht berühre, und daß das kleine und große Becken von Tumoren vollkommen frei sind. Nach 14tägiger Beobachtung wurde derselbe Befund registriert. Der Tumor war wiederum vollkommen unbeweglich, das Becken frei. Die Diagnose wurde auf Bauchdeckengeschwulst (Myom?) gestellt.

Da die Dame ihre Geschwulst entfernt haben wollte, wurde am 8. März die Operation vorgenommen.

Es wurde der Bergmann'sche Flankenschnitt gemacht, der vorzüglichen Einblick in den retroperitonealen Raum zugleich gewährte. Das Peritoneum wurde medialwärts gedrängt; der Tumor ließ sich von demselben leicht ablösen; nur an einer kleinen Stelle riß das Peritoneum ein und wurde sofort wieder geschlossen. Der äußere und untere Pol der Geschwulst führte uns in die retroperitoneale Gegend auf der Beckenschaufel; auch hier ließ sich der Tumor leicht entwickeln, und es ergab sich, daß derselbe von dem Fasciendreiecke, dem Trigonum Petiti, ausging, von hier sich hauptsächlich retroperitonealwärts erstreckend. Der Fall ist per primam geheilt.

Die Geschwulst ist ein hühnereigroßer Knoten, der auf dem Durchschnitte homogen-fibröses Gewebe zeigt. Die Bindegewebsfasern bilden mehr längliche Felder, wodurch der Durchschnitt balkenartig erscheint und an die Innenwand eines Herzens erinnert. Am medialen Pole, der Stelle, wo das Peritoneum eingerissen war, hängen einige Muskelfasern. An dem lateralen Pol ist eine bindegewebige Hülle wahrnehmbar, die sich teilweise in Fetzen abziehen läßt.

Mikroskopisch besteht der Tumor aus feinen, zierlichen, eng zusammengedrängten Bindegewebsfasern, in die an der Peripherie hier und da quergestreifte Muskelzellen eingesprengt sind. Das mikroskopische Bild gleicht einem Busche von Pfauenfedern, da um die quergestreiften Muskelzellen, die die Augen dar-

stellen, breite, runde Lymphspalten ziehen, die außen wiederum von feinen Bindegewebszügen umgrenzt werden. Es scheint, als ob das Bindegewebe an der Peripherie, die quergestreiften Muskelzellen umklammernd, sich förmlich auf Kosten der Muskulatur verbreiten wollte. Die Blutgefäße sind sehr spärlich und zeigen keine Abweichungen von der Norm.

In kurzer Zeit haben wir demnach drei retroperitoneale Geschwülste beobachtet. Fibrom wurde in allen Fällen diagnostiziert. Der genauere Sitz wurde bei den beiden ersten Fällen erst während der Operation erkannt, im dritten Falle wurde er schon vor der Operation bestimmt. Durch Aufblähen der Därme vom Mastdarm aus hätte man in dem ersten Falle den retroperitonealen Sitz des Tumors besser erkennen können als durch die einfache Palpation. Die Flexura sigmoidea wird dadurch, wie das in der Amann'schen Klinik in ähnlichen Fällen erwiesen ist, als armdicker Strang durch die Bauchdecken hindurch sichtbar und liegt dann vor dem Tumor. Geht der Tumor retroperitoneal von der oberen Bauchpartie wie die Pankreascyste aus, so ist das Colon transversum am unteren Rande des Tumors sichtbar und daher oft stark nach abwärts gedrängt. In unserem ersten Falle, wo der retroperitoneale Tumor von der Sakral- und Ileocoecalgegend ausging, wäre das Colon transversum als in die Höhe gedrängt wahrgenommen worden und mit ihm auch der Anfangsteil des Colon ascendens. Mit der Diagnose retroperitoneal wäre bei der alten Frau der Versuch der Operation aufgegeben worden. Bei jüngeren Individuen kann an ein Morcellement eines derartig großen retroperitonealen Tumors, sei es per laparotomiam, sei es durch den Bergmann'schen Flankenschnitt, gedacht worden. — Bei dem zweiten Falle hätte bei den schlaffen Bauchdecken vielleicht nach öfteren Untersuchungen das rechte Ovar gefühlt werden können, und wäre damit die Diagnose Beckenbindegewebsfibrom gesichert gewesen.

Bemerkenswert für alle Fälle ist der Sitz dieser Fibrome in der Nähe des rechten Ureters, der sogar in den beiden ersten Fällen durch den Tumor in der Lage beeinflußt worden ist. Da wir aber gerade in der Nähe der Ureteren mikroskopisch häufig versprengte Keimanlagen, Reste der Gärtner'schen Gänge finden, so kommen wir bei der Ätiologie unserer Fälle immer wieder auf die alte Cohnheim'sche Theorie zurück. Ob anregende Lektüre oder Vererbung eine Rolle bei der Entwicklung mitspielen, kann aus diesen Fällen nicht eruiert werden. Es scheint ja immerhin, daß zentrale Nerveneinflüsse auf das Wachsen versprengter Keime nicht ohne Bedeutung sind.

Was die Therapie anlangt, so kann dieselbe nur eine operative sein. Retroperitoneale Tumoren sollte man, sobald die Diagnose gestellt ist, operieren und nicht, wie dies in Fall 1 geschah, warten, bis sie sich in das Mesenterium hinein entwickelt haben und damit inoperabel werden. Die Prognose der Operation bei kleinen retroperitonealen Tumoren ist durchaus günstig. Auf den Ureter hat man, wie dies bei unseren Fällen geschehen ist, peinlichst Rücksicht zu

nehmen. Im Fall 1 war der Ureter nach rückwärts gedrückt, im Fall 2 war er nach außen und unten verlagert, im Fall 3 schien er medialwärts verschoben zu sein.

Sitzt der Tumor lateral im kleinen Becken, so ist der transperitonealen Operation, wobei das Peritoneum nicht eröffnet zu werden braucht, der Vorzug zu geben. Der Bergmann'sche Flankenschnitt gibt, wie bei unserem dritten Falle guten Raum. Auch von dem suprasymphysären Querschnitt aus kann man, wie dies Amann bei seiner transperitonealen Methode der Uterusexstirpation gezeigt hat, die Gegend der Hypogastrica, Ureter und Uterina übersichtlich freilegen und Tumoren dieser Region entfernen. Tumoren, die medialwärts der Abgangsstelle der Uterina liegen, wird man jedoch wiederum durch die Laparotomie in Angriff nehmen müssen, da dabei die Übersicht eine bessere ist.

Als wichtige Tatsachen, die sich aus dieser Arbeit ergaben, seien uns am Schluß gestattet hervorzuheben:

1) Bei allen Unterleibsgeschwülsten mit unklarem Sitze, soll die Darmaufblähung vom After aus nicht versäumt werden.
2) Beckenbindegewebsmyome sind keineswegs enorm seltene Geschwülste; an ihr Vorhandensein ist bei allen kleineren, harten Beckengeschwülsten zu denken.
3) Aus der Palpation allein schon kann die retroperitoneale Natur des Tumors gemutmaßt werden; vaginal kann der ganze Beckeneingang und die Umgebung der großen Gefäße (Art. iliaca communis, Art. hypogastrica und Art. iliaca ent.) abgetastet werden.
4) Retroperitoneale Myome, die vom Trigonum Petiti ausgehen, sind absolut unbeweglich. Beckenbindegewebsmyome, die vom kleinen Becken ausgehen, sind, sofern sie nicht durch ihre Größe eingekeilt werden, leicht beweglich und können daher mit Ovarialfibromen verwechselt werden.
5) Während die Beckenbindegewebsmyome Leiomyome sind, können die Myome der Bauchdecken gemischte Struktur resp. Übergänge zu den Rabdomyomen zeigen.

Für die mikroskopischen Untersuchungen sage ich Herrn Stabsarzt Dr. Härtel, Vorstand der militärärztlichen bakteriologischen Untersuchungsstation Landau, meinen besten Dank.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenanstalten.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

548. Sitzung vom 18. Juni 1906.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr C. Backhaus.

I. Herr Hennig: (Nachtrag).

H. beantragt folgenden Zusatz zur Diskussion über seinen Vortrag in der Maisitzung: die Beschaffenheit der hinteren Beckengelenke war, wie Herr Zweifel erinnert, schon Sigault und Baudelocque bekannt. Die betreffende Stelle in

Zweifel's Abhandlung (»Die Symphysiotomie Jhg. 1893 p. 20) war von H. seinerzeit beachtet, aber dem Gedächtnis entfallen. Befremden muß es jedenfalls, daß seit Ende des 18. Jahrhunderts bis Ende des 19. die Anatomen diese Tatsache mit Schweigen übergangen haben. So Oken (Allgem. Naturgesch. Bd. IV p. 27, 1833, J. Chr. Rosenmüller, Handbuch der Anatomie; 5. Aufl. herausg. von E. H. Weber, Jhg. 1833 p. 170: »Am Anfange des hinteren Teiles der Innenfläche jedes Darmbeines befindet sich eine längliche überknorpelte Stelle, welche mit einer ähnlichen am Kreuzbeine fest verbunden ist«); das sorgfältig abgefaßte »anatomische Taschenbuch« C. E. Bock's, J. 1851, sagt p. 112: »Symphysis sacro-iliaca, gebildet durch eine dünne Faserknorpelschicht, gallertartige Knorpelmasse enthaltend, welche zwischen der Superfic. auric. der Hüfte und des Kreuzbeins liegt.«

Erst E. Weber zeigte uns 1844 am feuchten Präparate die wellig gebogene, mit Gelenkflüssigkeit gefüllte, enge Spalte.

Vgl. auch W. Waldeyer. Das Becken, Bonn 1899, p. 30.

II. Herr Zweifel: Über die subkutane Symphysiotomie.
(Vortrag erschien als Originalmitteilung in d. Bl. 1906. Nr. 26.)

Diskussion: Herr Mattiesen fragt den Vortr. nach seiner Ansicht über die von Credé vorgeschlagene Pelveoplastik.

Herr Zweifel antwortet, daß der Vorschlag abzulehnen sei, da eine Zwischenlage von Knochen die Ileosacralgelenke schädige. Aus demselben Grunde sei ein ähnlicher Vorschlag von Frank (Köln) früher abgelehnt worden auf Grund besonderer Untersuchungen des Anatomen Farabeuf.

Herr Thies berichtet über den guten Verlauf bei der an zweiter Stelle erwähnten Symphysiotomierten.

III. Herr Zweifel: Die unmittelbare Messung der Conjugata obstetricia. (Vortrag erschien als Originalmitteilung in d. Bl. 1906. Nr. 27.)

Diskussion. Herr Skutsch: Da ich mich eingehend mit der Lehre von der Beckenmessung beschäftigt habe, seien mir einige Worte gestattet. Als ich vor fast 20 Jahren mein Buch über Beckenmessung schrieb (Die Beckenmessung an der lebenden Frau, Jena, Gustav Fischer, 1887), studierte ich die Geschichte der Beckenmessung. Diese nun zeigt, daß fast alle Bestrebungen der instrumentellen inneren Beckenmessung auf Bestimmung der Conjugata hinausgingen. Die zahlreich ersonnenen Instrumente, den Durchmesser dadurch zu bestimmen, daß beide Endpunkte des zu messenden Durchmessers gleichzeitig von den Enden des Instrumentes berührt werden, haben sich nicht einbürgern können. Die Scheide erlaubt nur bei besonderer Schlaffheit eine derartige Anwendung ohne gar zu starke Spannung, und ferner leidet die Exaktheit dadurch, daß nicht beide Endpunkte gleichzeitig durch den tastenden Finger kontrolliert werden können. Es muß daher auffallen, daß in dem Instrument von Bylicki und seinen Modifikationen, ebenso auch in dem heute hier demonstrierten wieder auf die alten Prinzipien zurückgegangen wird. Eine Durchsicht meiner obenerwähnten Arbeit und der beigefügten Abbildungen zeigt leicht, daß die technischen Grundideen der genannten Instrumente sich mehrfach bereits dort vorfinden. So erinnert das hier demonstrierte Instrument besonders an Contouly's »Appréciateur du bassin« Paris 1778 (l. c. p. 57 ff. Fig. 28, Beschreibung bei Köppe: De pelvi feminea metienda, Lips. 1781, p. 31).

Die nach dem Prinzip der interno-externen Messung konstruierten Instrumente, von denen besonders das Van Huevel'sche bekannt geworden ist, gestatten bei exakter Anwendung die Conj. vera recht genau zu bestimmen. Das von mir nach diesem Prinzip konstruierte Instrument (Deutsche med. Wochenschrift 1891. Nr. 21) hat Beifall und vielfache Anwendung, auch mit einigen zweckmäßigen anderweitigen Modifikationen (Zweifel) gefunden.

Worauf ich aber hauptsächlich bei meinen Arbeiten über Beckenmessung hinarbeitete, und was ich wiederholt betonte, das ist das Streben nach Messung aller Beckendurchmesser, insbesondere der queren, während man meist sich mit Bestimmung der geraden Durchmesser genügen ließ, wie es eben auch bei den hier zur Diskussion stehenden Instrumenten der Fall ist. Mein obenerwähntes Instrument

gestattete freilich die Messung der Querdurchmesser noch nicht mit der Genauigkeit, die ich wünsche; es stellte aber immerhin einen erfolgreichen Versuch dar.

Zur Bestimmung der Conj. vera besitzen und besaßen wir vor 20 Jahren schon verschiedene Methoden, die durchaus gute Resultate liefern. Es liegt also kaum ein Bedürfnis vor, hierzu noch neue Instrumente zu konstruieren. Einen wirklichen Fortschritt würde nur eine Verbesserung der Methoden zur Messung des Querdurchmessers bringen.

Herr Zweifel: Das Bedürfnis zur Messung der Conj. vera zeigt sich doch in der begeisterten und verbreiteten Aufnahme des Beckenmessers von Bylicki.

IV. Herr Thies: Über die Prophylaxe der Blennorrhöe der Neugeborenen.

(Vortrag in extenso erschienen in der Münch. med. Wochenschrift 1905 Nr. 33.)

Um den Wert der essigsauren Silberlösung festzustellen, wurden $1^1/_2$ Jahr lang Kontrollversuche an 2000 Kindern gemacht, indem essigsaure Lösung in das rechte und Argentum nitricum in das linke Auge eingeträufelt wurden. Es ergab sich, daß die Reizerscheinungen, wie Rötung, Verklebung und Cramer'scher Silberkatarrh bei der ersten Lösung noch im ganzen wenig geringer waren. Blennorrhöen wurden auf dem rechten Auge noch sicherer verhütet (0,15 und 0,25%). Dabei schließt die Anwendung der Argentum aceticum-Lösung zufällige Gefahren sicherer aus, da eine stärkere Konzentration unmöglich ist.

Diskussion. Herr Lockemann (a. G.): Silberlösungen scheiden bei längerem Aufbewahren, falls sie gegen Staub nicht völlig geschützt sind, allmählich metallisches Silber ab, unter gleichzeitiger Bildung von freier Säure. Eine Silbernitratlösung, welche ungefähr 1 Jahr lang in einer Tropfflasche gestanden hatte, war durch Silberabscheidung trübe geworden und reagierte auf Lackmuspapier deutlich sauer. Die auf diese Weise entstehende freie Salpetersäure hat nun auch noch in großer Verdünnung bedeutend stärkeren sauren Charakter als die bei Verwendung von Silberazetatlösungen allmählich freiwerdende Essigsäure; denn während die Salpetersäure schon in mäßig verdünnten Lösungen fast vollständig in Ionen gespalten wird, ist die schwache Essigsäure noch bei einer Verdünnung von 1:500000 erst etwa zur Hälfte elektrolytisch dissoziiert. Diese geringe Dissoziation wird nun noch durch die Gegenwart der verhältnismäßig großen Menge neutralen Azetats bedeutend zurückgedrängt (gemäß dem Massenwirkungsgesetz), so daß die Konzentration der Wasserstoffionen und damit der saure Charakter der Azetatlösung nur verschwindend klein sein kann. Die durch freie Säure verursachte ätzende Wirkung wieder also bei gleichem Zersetzungsgrade der beiden Lösungen in der Nitratlösung bedeutend größer sein als in der Azetatlösung.

Durch Verdunsten werden Silbernitratlösungen natürlich allmählich konzentrierter. Einprozentige Lösungen in kleinen offenen Stöpselflaschen, im Freien aufbewahrt, zeigten nach 2 Tagen einen Verdunstungsverlust von etwa 3%; das bedeutet ein Ansteigen der Konzentration um 1,00% auf 1,03%.

---

2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 27. März 1906.

Vorsitzender: Chrobak. Schriftführer: Blau.

I. Weinlechner: Demonstration.

II. Bürger: Demonstration einer rachitischen Zwergin.

42 Jahre altes Individuum, welches erst im Alter von 11 Jahren gehen gelernt hat. Die ersten Menses traten im 20. Lebensjahre ein, waren stets regelmäßig; über das Datum der letzten Menstruation weiß die demente Person keine genaue Angabe zu machen.

Die Scheitel-Fersenlänge beträgt 94 cm, der Körper weist ein hochgradiges Mißverhältnis der Oberlänge zur Unterlänge zuungunsten der letzteren auf.

Am Schädel finden sich keine deutlichen Zeichen der Rachitis: die Tubera frontalia nicht besonders ausladend; die Zähne defekt, kariös, aber nicht rachitisch.

Am Thorax finden sich rosenkranzartige Auftreibungen an den Übergangsstellen zwischen Rippenknorpel und -knochen. Die Wirbelsäule zeigt eine linkskonvexe Dorsalskoliose, welche, an den ersten Brustwirbeln beginnend und sich bis an die Lendenwirbel erstreckend, flach arkuär ist und durch eine geringgradige rechtskonvexe Lendenskoliose kompensiert wird. Die Kompensation ist über dem Kreuzbein beendigt, so daß dieses keine seitliche Deviation zeigt.

An den oberen Extremitäten ist zunächst die abnorme Kürze der Oberarme auffallend. Die Länge derselben ist auf ca. die Hälfte des Normalmaßes reduziert. Diese abnorme Kürze ist jedoch zum geringsten Teil auf Verkrümmungen, sondern vielmehr auf eine direkte Hemmung des Längenwachstums zurückzuführen. Der Humerus zeigt beiderseits in der Mitte seiner Diaphyse eine starke Auftreibung. Die Unterarme sind relativ länger; sie entsprechen ungefähr $^2/_3$ des Normalmaßes. Die Gelenke der oberen Extremitäten sind nicht sehr plump. Auf den Röntgenogrammen derselben fällt die abnorme Verbreiterung der äußeren, der Corticalis entsprechenden Schichten auf. Die unteren Extremitäten fallen nun hauptsächlich durch ihre hochgradigen Verkrümmungen auf. Die Oberschenkel beiderseits nach vorn und lateral konvex, die Höhe der Krümmung entspricht annähernd der Mitte der Diaphyse. Die Länge, vom Trochanter zum Epicondylus externus gemessen, beträgt links 23 cm, rechts 22 cm. Die linke Tibia zeigt in ihrem unteren Drittel eine stark konvexe, nach vorn und einwärts gerichtete Krümmung, ebenso die rechte Tibia. Diese Krümmungen sind so hochgradig, daß bei ruhiger Rückenlage der Frau sich die Unterschenkel kreuzen und nur durch Verstärkung der habituell bestehenden Abduktion, Beugung und Auswärtsrollung im Hüftgelenke soweit auseinander gebracht werden können, daß sie sich in der Medianlinie noch berühren. Dabei ist die Crista tibiae sehr scharfkantig. Auftreibungen der Diaphyse wie am Oberarm finden sich an den Tibien nicht. Die Kniegelenke, insbesondere an den Kondylen sehr plump und unregelmäßige Auftreibungen zeigend, lassen keine volle Streckung zu. Die in Valgusstellung befindlichen Füße zeigen keine besondere Verbildung.

Am Becken fällt zunächst die hochgradig vermehrte Neigung auf. In aufrechter Stellung der Frau liegt das Kreuzbein mit dem Promontorium nach vorn fast in der Horizontalen. Die Beckenknochen nicht sehr plump, die Darmbeine auffallend kurz und flach liegend. Die äußeren Maße ergeben: Spinae 25 cm, Cristae 24 cm, Trochanteren 27 cm. Bei der inneren Austastung des ziemlich symmetrischen Beckens findet man des Kreuzbein nach vorn in beiden Richtungen konvex. Das Promontorium relativ hoch stehend und stark der Symphyse genähert. Zwischen 3. und 4. Kreuzbeinwirbel findet sich eine annähernd rechtwinkelige Abknickung nach vorn. Das Steißbein mit dem Kreuzbein in beweglicher Verbindung. Die quere Ausdehnung des Kreuzbeines ist relativ gering, die seitlichen Beckenbuchten sehr tief. Die Linea innominata hat in ihrer Verlaufsrichtung nach vorn die bogenförmige Krümmung nicht völlig verloren, sowie überhaupt der vordere Beckenhalbring die Charaktere der Rachitis nicht so deutlich trägt. Die Symphyse stärker nach vorn und unten geneigt. Der Schambogen ziemlich flach; die Gegend des Acetabulum nur mäßig nach innen vorgebuchtet. Die Messung der Conjugata diagonalis mit dem Finger ergibt 8,1 cm. Die Messung nach Skutsch für die Conjugata vera 4,3 cm, Messungen der queren und schrägen Durchmesser sind wegen der absoluten Raumbehinderung im Becken einerseits und der obenerwähnten Haltung der unteren Extremitäten andererseits nicht exakt durchführbar.

Das Abdomen der Frau ist durch den graviden Uterus mächtig ausgedehnt; es besteht Hydramnios, welches in den zwei letzten Wochen der Beobachtung rasch zugenommen hat. Die Lage des Fötus ist eine labile. Seine Längenschätzung nach Ahlfeld ergibt 44—46 cm, also entsprechend einer Gravidität von 9 Lunarmonaten.

Die geburtshilfliche Indikationsstellung dieses Falles ist wohl klar und eindeutig. Es kommt nur die Sectio caesarea in Betracht, auch wenn es vor dem normalen Schwangerschaftsende zur Geburt käme.

Es handelt sich hier tatsächlich um eine rachitische Zwergin, da die geringe

Körpergröße nicht nur durch Verkrümmungen der Extremitäten bewirkt ist, sondern auch durch rachitische Wachstumshemmung und durch absolute Kürze bedingt wird.

Das Individuum wäre demnach in die dritte der drei von Breus und Kolisko aufgestellten Kategorien rachitischer Zwerge einzureihen, bei welcher sich Längenwachstumshemmung und Verkrümmung kombinieren.

Von diesen zwei Faktoren treten bei diesem Individuum der erste mehr an den oberen, der zweite mehr an den unteren Extremitäten in den Vordergrund. Aber auch das Becken zeigte absolute Wachstumshemmung. Wenn an diesem die Veränderungen relativ nicht so hochgradig sind wie an den Extremitäten, so kann das Fehlen des Belastungseinflusses von seiten der Wirbelsäule bis zum 11. Lebensjahre bei Beurteilung dieses Umstandes nicht ganz außer acht gelassen werden. Daneben wäre aber wohl auch in Betracht zu ziehen, daß der Verlauf der Rachitis an den Beckenknochen ein weniger intensiver als lange Zeit andauernder gewesen sein mag.

Anmerkung: Am 25. April d. J. habe ich die Frau nach Eintritt von Wehen mittels Sectio caesarea entbunden, wobei ein 3800 g schweres, 53 cm langes, lebendes Kind resultierte. Der Verlauf nach der Operation gestaltete sich völlig normal. Die Frau verließ am 10. Mai geheilt die Klinik.

Neumann: Ich möchte mir an den Vortr. die Frage erlauben, ob in diesem Falle auch die Y-Fuge untersucht wurde, und ob man dieselbe verknöchert oder offen fand?

Bürger: Wir haben diese Untersuchung ausgeführt, doch konnte man zu keinem Resultate kommen, weil die Austastung außerordentlich schwierig war.

III. Lott: Demonstration einer isthmischen Tubargravidität.

Schauta: Es handelt sich nach der Größe des Eies um eine Schwangerschaft ganz im Beginn. Ich muß sagen, daß ich bei der großen Anzahl von Extra-uterin-Graviditäten, die ich gesehen habe, sehr oft die Bemerkung machen konnte, daß die Berechnung nicht stimmt, wenn man die Schwangerschaft von der zuletzt stattgehabten Periode datiert; wenn man sie aber von der nächsten Ovulation, die aber nicht mehr von Menstruation begleitet war, datiert, so stimmt die Sache schon besser. Man sieht die Extra-uterin-Schwangerschaften in den frühesten Stadien, sie bersten entweder oder führen zum Tubarabort. Hier handelt es sich um eine isthmische Schwangerschaft von kurzer Dauer, die geborsten war. Es wäre interessant, die ganze Tube in Serien zu zerlegen, um die Art der Einpflanzung zu sehen; wahrscheinlich handelt es sich um eine intramurale Einpflanzung. Ich glaube auch, daß man herausbringen wird, daß die Schwangerschaft erst von der nächsten Ovulation herrührt, womit eben die geringe Entwicklungsgröße des Eies sehr gut stimmen würde. Man sollte dieser Sache mehr Aufmerksamkeit zuwenden, denn bis jetzt wurde viel zuwenig Wert darauf gelegt. Ich wenigstens habe in vielen Fällen, die ich gesehen habe, das scheinbare Diskongruieren bezüglich der letzten Menstruation und der Größe des Eies konstatieren können, wobei allerdings auch zu berücksichtigen ist, daß viele Eier, besonders bei Tubarabort, degenerierte sind.

IV. L. Mandl: Weitere Beiträge zur Kenntnis der sekretorischen Tätigkeit des Amnionepithels.

Die Annahme von der sekretorischen Tätigkeit des Amnionepithels und deren Bedeutung für die Herkunft des Fruchtwassers, welche M. auf Grund systematisch durchgeführter histologischer Untersuchungen bereits einmal zu beweisen gesucht hat, erfuhr nun durch eine Reihe von weiteren Experimenten und Untersuchungen, über welche der Vortr. berichtet und welche nach der Meinung desselben den Schlußstein zu dem Aufbaue dieser Lehre bilden sollen, eine weitere Stütze. Die neuen Versuche wurden so ausgeführt, daß nach erfolgter Nephrektomie — ein Eingriff, den das Muttertier 1—2 Tage überlebt — nach Eröffnung der Uterushöhle das zu untersuchende Stück des Amnion sofort in die betreffende Fixierungsflüssigkeit eingelegt und der histologischen Untersuchung zugeführt wurde.

M. machte sich die Tatsache, daß es bei trächtigen Tieren (Kaninchen, Katzen) nach doppelseitiger Nephrektomie zur Etablierung eines Hydramnion kommt, zu-

nutze, um in diesem Stadium das Amnionepithel in der von ihm bereits beschriebenen Weise zu untersuchen. Es ließ sich nun konstatieren, daß jene, auch unter normalen Verhältnissen zu beobachtenden Erscheinungen nun in weit ausgeprägterem Maße zu konstatieren sind, so daß man geradezu dazu gedrängt wird, zwischen dem geschilderten Verhalten der Epithelzellen und der vermehrten Bildung der Amnionflüssigkeit einen ursächlichen Zusammenhang anzunehmen (die ausführliche Arbeit erscheint in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie).

Bondi: An die sehr interessanten Mitteilungen Mandl's möchte ich einige Bemerkungen anfügen und in einigen Punkten den Vorredner um Aufklärung bitten. Ich beziehe mich dabei auf einen Versuch, den ich in den jüngsten Tagen gemacht habe, aus dem ich aber, als einzelnen Versuch in gar keiner Weise Folgerungen machen möchte, bevor eine größere Versuchsreihe vorliegt. Ich beobachtete nämlich nach Einspritzen einiger Zentigramm Pilokarpin in den Fruchtsack eines Kaninchens nach 8 Stunden eine Flüssigkeitsansammlung in der Amnionhöhle, durch die das Volumen des injizierten Knotens anfangs das 3fache des Normalen erreichte. Gleichzeitig fiel mir jedoch eine hochgradige Hyperämie dieser Fruchtknoten auf. Ich möchte also den Herrn Vortr. fragen, ob auch in seinen Fällen Hyperämie bestand, da ja eine solche für die Auffassung des Hydramnios verschiedene Deutungen zuließen.

Im histologischen Bilde des zugehörigen Amnion fiel mir auf, daß zahlreiche Epithelzellen viele Vakuolen enthielten, die oft den Kern an die Peripherie verdrängten. Noch mehr Vakuolen enthielten jedoch viele Bindegewebszellen. Wie verhielten sich in dieser Beziehung die Präparate des Herrn Dozenten Mandl? Denn diese Befunde scheinen mir insbesondere in bezug auf die Arbeiten von Polano wichtig zu sein.

Was die heute demonstrierten Präparate Mandl's betrifft, so konnte ich eine so schöne Ausbildung und solche Größe der Protoplasmafortsätze bei meinen normalen Katzen seinerzeit nicht finden und ist dieser Befund bei künstlichem Hydramnios auch meines Erachtens von großer Wichtigkeit. Interessant ist noch folgende Frage. In Schnittpräparaten durch das Amnionepithel normaler Katzen sieht man oft dicht nebeneinander Zellen von Zylinderform mit kurzem Bürstenbesatz und ganz flachen, niedrigen Zellen, deren Fortsätze die Höhen der Zellen um das Doppelte überragen können. Es ist nun die Frage, ob es sich da um verschiedene Funktionszustände handelt, ob sich die einen Zellen im Zustande der Sekretion, die anderen in einer Art Ruhezustand befinden. Es könnte auch sein, daß es sich um Kontraktionserscheinungen an den Zellen handelt. Für diese Frage wäre es von Interesse, wie sich in der Beziehung die Epithelzellen bei künstlichem Hydramnios verhalten, ob dabei sich dieselben Unterschiede unter den Zellen vorfinden.

Mandl erwidert, indem er auf die ausführliche Publikation hinweist, daß er auf die von Bondi hervorgehobene Hyperämie nicht geachtet habe, und daher darüber keine Auskunft geben können.

Was den Pilokarpinversuch anlangt, findet er denselben sehr interessant und meint, daß derselbe sehr wohl mit der von ihm vertretenen Anschauung in Einklang gebracht werden könne. Es ist doch ganz gut möglich, daß das Pilokarpin auf die Zellen einen Reiz in dem Sinne ausübe, daß dieselben zur Sekretion angeregt werden. Diese Versuche würden nur das bestätigen, was M. schon ausgeführt hat, daß nämlich ein Zusammenhang zwischen den sekretorischen Erscheinungen in den Epithelzellen und der Zunahme des Fruchtwassers zu konstatieren sei. Über diese Tatsachen ist schwer anders hinwegzukommen, oder dieselben anders deuten zu wollen.

Was das Verhalten des Zelleibes anlangt, so hat ja Vortr. darauf hingewiesen, daß in den Fällen, in denen die Fortsätze besonders stark entwickelt waren, im Zelleibe wenig oder relativ wenig zu sehen war. Das Verhalten von Vakuolen in Bindegewebszellen hat M. nicht beobachtet.

Neueste Literatur.

3) Französische Dissertationen.

1) H. Deschamps (Paris 1905). Du Catgut.

Jede Sterilisierungsmethode des Catguts, außer der in wasserlosem Dampf, ist ungenügend. Das Longuet'sche Verfahren besteht darin, daß das Catgut einer Temperatur von 130°, unter Druck während 45 Minuten, ausgesetzt wird, was dreimal nacheinander mit je einem Tag Pause zu wiederholen ist.

2) F. Chevé (Paris 1905). Le tampon en obstétrique. Etude historique.

Im Jahre 1776 wurde die vaginale Tamponade durch Leroux erfunden. Es handelte sich dabei ursprünglich um Nachgeburtsblutungen, später um solche bei Frühgeburt und Placenta praevia. Die Anwendung dauerte in Frankreich bis 1880. In England und den Vereinigten Staaten wurde sie bereits 1864 durch die Methode von Barnes ersetzt. In Deutschland kam zur selben Zeit die von Braxton-Hicks, welche aus England übernommen wurde, in Gebrauch.

Später wurde die Tamponade antiseptisch nach Tarnier. Pinard verwarf sie aber als unnütz und ersetzte sie durch die intra-uterine Tamponade mit dem Ballon von Champetier.

3) A. Niret (Paris 1905). L'énucléation des fibromes utérins.

Bei Fibromen von geringem Umfange soll die Enukleation der Hysterektomie vorgezogen werden. Und zwar ist dieselbe womöglich vaginal zu machen, besonders in allen Fällen von submukösem oder interstitiellem Fibrom von geringem Umfange. Das abdominale Verfahren der Enukleation ist gefährlicher, bietet aber vor der Hysterektomie immer den Vorteil der Erhaltung der Genitalorgane.

4) J. Ricou (Paris 1905). Essai sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.

Die vaginale Hysterektomie verdient immer noch neben der abdominalen einen wichtigen Platz in der Gynäkologie. Als besondere Indikationen sind anzusehen: Uterine Inversion, uteriner Prolaps, Uterusfibrome, Uteruskrebs, Salpingoovariitis und puerperale Infektion.

5) F. H. C. Foubert (Paris 1905). Les désinsertions vaginales.

Abreißungen der Vagina kommen im Verlaufe geburtshilflicher Eingriffe vor, besonders bei Forceps und Basiotrypsie, wenn der Hals nicht vollständig erweitert ist. Unerklärlicherweise kommen dieselben auch ausnahmsweise in der künstlich beendeten Nachgeburtsperiode vor, und ferner entstehen sie auch spontanerweise bei Fällen von Dystokie und bei abgeplattetem Becken. Anatomisch sind die Abreißungen gewöhnlich teilweise; in Ausnahmefällen aber auch vollständige. Sie können subperitoneal sein, doch können auch das Peritoneum und die Vagina mit einreißen. Sie können kompliziert werden durch das Austreten des Fötus oder der Placenta in die Bauchhöhle, ja manchmal fallen die Gedärme auch in die Vagina vor. Das subpubienne Emphysem ist selten. Die Schwere der Prognose richtet sich danach, ob das Peritoneum zerrissen oder intakt ist. Therapeutisch kann vaginal oder abdominal vorgegangen werden; vaginal in dem einzigen Falle von extraperitonealer Abreißung und beendeter Geburt (Drainage), sonst soll stets abdominal eingegriffen werden. Die Naht ist zu vermeiden, Tamponade oder Hysterektomie auszuführen.

6) E. Lebrun (Paris 1905). Pathogénie et traitement des éventrations post-opératoires.

Um Bauchbrüche zu vermeiden, ist das Catgut zu verwerfen und ein nicht resorbierbares Nahtmaterial (Fils de florence, Silberdraht oder Seide) anzuwenden, das man 10—12 Tage liegen läßt. Die Etagennaht ist dabei nicht nötig, es genügt die Naht en masse.

7) L. Beauquey (Paris 1905). De la vaccination chez les nouveau-nés.

Da die Vaccine bei den Neugeborenen sich gewöhnlich ohne Störung der Gesundheit des Wachstums entwickeln, so soll man die Kinder sobald als möglich impfen. Es ist dies um so eher anzuraten, als sich im Alter von 4—5 Monaten manchmal eine Kontraindikation gegen die Impfung zeigt; ein mehr oder weniger verbreitetes Ekzem, durch welches die Vaccine, die an und für sich sehr gutartig ist, schwere Erkrankungen im Gefolge haben kann. Auch die Periode des Zahnens, in welches das Kind dann bereits eintritt, macht es weniger widerstandsfähig. Jedenfalls sollte jedes Kind, nach Ansicht des Verf.s, vor seinem ersten Ausgange geimpft werden.

8) M. Bordeau (Paris 1905). De la hernie complète des organes génitaux profonds de la femme en dehors de la grossesse.

Es gibt komplette Hernien der tiefen Genitalorgane der Frau außerhalb der Schwangerschaft. Dieselben sind sehr selten. Die Bruchorgane können normal sein, doch kann man auch angeborene Mißbildungen und entzündliche Veränderungen dieser Organe sehen. Die Hernien sind angeboren oder erworben. Die angeborenen sind immer inguinale, die erworbenen können gleichmäßig inguinal oder crural sein. Die Persistenz des Canal. Meckeli, manchmal Entwicklungshemmung eines der Lig. rotund. und tiefe Mißbildungen der Genitalorgane erklären das Vorkommen der angeborenen Hernien. Schwäche der abdominalen Wand, Lockerung des ligamentösen utero-tubo-ovariellen Apparates infolge vieler Schwangerschaften zeitigen die erworbenen Hernien. Die Diagnose ist schwierig, da sie leicht mit Epiplokele verwechselt werden können.

9) A. Simonot (Paris 1905). Du prurit vulvaire reflexe dans la métrovaginite aiguë.

Es gibt einen reflektorischen Pruritus vulvae ohne bemerkbare Veränderung dieser Region. Als Ursache ist die akute Metrovaginitis anzusprechen, welche zu der allgemeinen Krankheitsanlage (am häufigsten Nervosität) dazu kommt. Dieser Pruritus wird beeinflußt von einer sympathischen Störung und kann das Symptom einer fernliegenden, hauptsächlich einer utero-vaginalen Erkrankung sein. Die Behandlung muß sich hauptsächlich gegen die Ursache richten.

10) J. Duplay (Paris 1905). Contribution à l'étude du chorio-épithéliome primitif du vagin.

Das primäre Chorionepitheliom der Vagina ist weniger selten als jenes der anderen Eingeweide. Es entwickelt sich aus einer Embolie des Chorionepithels, ist infolgedessen fötalen Ursprunges und erscheint gewöhnlich nach einer unmittelbar vorhergehenden Schwangerschaft. Die relative Ungefährlichkeit des primären Chorionepithelioms der Vagina ist seiner anatomischen Lage und der früh auftretenden Blutung zuzuschreiben, welche einen raschen Eingriff bedingt. Ein Faktor für die Bösartigkeit des Chorionepithelioms besteht weniger in der Eigenartigkeit der Zellen, als in der Schwächung des Organismus.

11) G. Roche (Paris 1905). Des torsions de l'épiploon.

Die Drehungen des Netzes zeigen sich unter zwei verschiedenen Formen: Manchmal erscheinen sie plötzlich und täuschen eine inkarzerierte Hernie vor, manchmal entwickeln sich die Symptome schleichend, wie bei der chronischen Okklusion. Es gibt kein sicheres Anzeichen für die Netzdrehung. Die Behandlung besteht in der Resektion des gedrehten Teiles, wobei man den oberen Teil des Netzes sehr sorgfältig untersuchen soll, da häufig eine zweite Drehung an diesem Punkte sitzt.

12) P. Chesneau (Paris 1905). De l'état du col de l'utérus dans l'infection puerpérale.

Im Verlaufe des normalen Puerperiums erleidet der Hals des Uterus eine Involution, die der des Korpus gleich ist, d. h. er ist vom 3. oder 4. Tag ab geschlossen. Der Hals bietet im Verlauf eines Wochenbettes nicht mehr denselben Anblick wie bei einer Nullipara, er ist häufig tief eingerissen; im Gegensatz zum Korpus hat er seine Schleimhaut behalten. Im Verlauf eines pathologischen Puerperiums bleibt der Hals durchgängig, wenn der Uterus nicht ganz leer ist oder

eine puerperale Infektion besteht. Dieses Erscheinen rührt von einer Paralyse der Muskelfasern her. Der Hals kann auch für sich allein infiziert sein, sei es, daß es sich um vagino-cervicale Ulzerationen handelt, oder um cervicale Endometritis oder purulente Infiltration. Die Durchgängigkeit des Halses erlaubt es, eine genaue Diagnose zu stellen, ob eine uterine Infektion besteht oder nicht. Jeder Uterus, in den man weiter als normal eindringen kann, muß als verdächtig betrachtet und möglichst rasch entleert werden.

13) L. Guérin (Paris 1905). De l'allaitement au cours de la grossesse.

Die Milch einer schwangeren Frau ist für das Kind nicht schädlich, wie es oft angenommen wird. Die Schwangerschaft bietet also keine Gegenindikation gegen das Stillen. Besonders wenn das Kind noch sehr klein oder schwächlich ist und die Schwangerschaft im Sommer auftritt, soll die Ernährung fortgesetzt werden. Ist dagegen die Mutter schwächlich oder fühlt sich zu sehr erschöpft, so daß auch Ruhe und gute Nahrung hierbei nicht Abhilfe schaffen, so muß das Kind entwöhnt werden.

14) F. Budin (Paris 1905). De la désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin au cours de l'accouchement spontané chez la primipare.

Die Ablösung des unteren Teiles der Vagina von der Vulva kann teilweise oder gänzlich, und von einer Abreißung der hinteren Kolumne begleitet sein oder nicht.

In den Fällen von Integrität der Kolumne kann die Ablösung einseitig oder zweiseitig sein. Sie kommt am häufigsten bei Primiparen vor, wird begünstigt durch eine mehr oder minder vollständige Integrität des Hymens und die Kürze des Dammes. Meistens wird sie veranlaßt durch rasche Geburt und frühzeitige Deflexion des Kopfes.

15) R. Moreau (Paris 1905). Des infections et des intoxications d'origine intestinale au cours de la puerperalité.

Leichte Infektionen von intestinalem Ursprunge sind nicht gefährlich, wenn man sie frühzeitig entdeckt. Die Infektionen, welche auf intestinale Bakterien zurückzuführen sind, sind wenig zahlreich, etwa 1 : 60. Die Kolibakterien erscheinen manchmal bei intestinalen Infektionen mit Streptokokken zusammen. Das unstillbare Erbrechen entsteht häufig durch Autointoxikation, welcher nervöse Frauen besonders ausgesetzt sind. Die Eklampsie resultiert ebenfalls oft aus einer funktionellen Insuffizienz des Intestinaltraktus. Die Prognose aller dieser Erkrankungen hängt von der Integrität der Leber und von der frühzeitigen Diagnose ab. Die Behandlung soll sich auf Mittel stützen, die geeignet sind, die intestinalen Gärungen zu bekämpfen und die Leber zu entlasten.

16) H. Juy (Paris 1905). Contribution à l'étude du traitement des pyélonéphritis infectieuses.

Die infektiösen Pyelonephritiden heilen meistens durch eine genügend lang ausgedehnte medikamentale Behandlung. Dieselbe umfaßt auch die Hygiene und die Diät. Finden sich im Urin Eiterzellen, so soll strenge Ruhe in Rückenlage und Milchdiät angeordnet werden. Salol, Urotropin und Helmitol geben gute Resultate. Bei Pyelonephritis mit Distension wird die Indikation zur Operation durch die Veränderung des Allgemeinzustandes, die Pyurie und die Gewichtsvermehrung der Niere gegeben. Die Nephrostomie ist die Operation der Wahl bei septischen pyelorenalen Retentionen. Die Pyelonephritis bei Gravidis soll nur medikamentös behandelt werden, operativ soll erst nach Ausstoßung des Fötus eingegriffen und die Schwangerschaft nur in Ausnahmefällen unterbrochen werden.

17) R. Prédallu (Paris 1905). Contribution à l'étude de la Stovaine.

Die Giftigkeit des Stovains ist viel geringer als die des Kokains. Es wirkt nicht wie letzteres giftig auf das Herz, sondern seine Wirkung auf dasselbe ist mehr tonisch. Auch verursacht es nicht Vasokonstriktion und Vasodilatation. Man kann größere Dosen wie beim Kokain anwenden, da es keine Ohnmacht veranlaßt, und es eignet sich vor allem zu Lumbalinjektion.

18) H. Morisset (Paris 1905). De l'accouchement spontané rapide sans surveillance dans le coma éclamptique.

Die überstürzte Spontangeburt bei Eklampsie kommt selten vor und zeigt vorher keine äußeren Zeichen von seiten der Mutter. Begünstigt wird dieselbe durch das geringe Gewicht des Fötus, weshalb es sich dabei meistens um frühzeitige Geburten handelt. Von seiten der Mutter sind besonders Zerreißungen des Dammes und der Genitalien, Blutungen und infektiöse Komplikationen zu fürchten, von seiten des Fötus Nabelblutungen und Lebensschwäche. Ferner besteht die Gefahr der mit dem Kinde gleichzeitig erfolgenden Ausstoßung der Placenta, einer Nabelschnurzerreißung und der Retention der Eihäute.

19) M. Rollin (Paris 1905). Les tumeurs solides et primitives du vagin.

Die soliden primären Tumoren der Vagina sind verhältnismäßig selten. Sie entwickeln sich meistens auf Kosten des normalen Gewebes der Vagina und auf Kosten embryonalen Gewebes (Wolff'scher Gang).

Die vaginalen Lipome sind außerordentlich selten; am häufigsten werden die Fibrome, Fibromyome und reinen Myome beobachtet (gewöhnlich zwischen 30 und 40 Jahren).

Die Sarkome findet man ebensowohl bei kleinen Mädchen wie bei jungen und alten Frauen, am häufigsten aber nach 40 Jahren.

Die Endotheliome sieht man mehr bei jungen Individuen, das Epitheliom zwischen 50—60 Jahren. Bei letzterem ist die Prognose sehr schlecht, da es sich sehr rasch ausdehnt und sein Beginn meistens unbemerkt bleibt.

Das Chorionepitheliom hat fötalen Ursprung. Die Diagnose ist nur durch das Mikroskop möglich.

Bei Kindern handelt es sich gewöhnlich um Sarkome; Cysten, Polypen oder Epitheliome sind außerordentlich selten.

20) A. Combris (Paris 1905). Coincidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus.

Das Zusammentreffen von Fibrom und Korpuskarzinom wird recht oft beobachtet. Fibrom und Krebs haben einen voneinander vollkommen unabhängigen Ursprung und fast keinen Einfluß aufeinander. Der Moment, wo das Fibrom durch Korpuskarzinom kompliziert wird, ist durch klinische Symptome bezeichnet (stinkender Ausfluß, periodische schmerzhafte Krisen). Bei Fibrom soll man supravaginal amputieren, bei Krebs die Totalexstirpation des Uterus machen.

21) G. Mauxion (Paris 1905). Contribution à l'étude de l'épithéliome de la vulve.

Das Epitheliom der Vulva wird meistens zwischen 50—60 Jahren beobachtet. Es erscheint am häufigsten am Grunde der großen Labien, und zwar meistens am inneren Teile derselben, in der Furche zwischen großen und kleinen Labien. Am gefährlichsten ist der Krebs um die Harnröhre herum, wegen des raschen Erscheinens der Urinverhaltung, der vesikalen Infektion und der Pyelonephritis.

22) H. Bazalgette (Paris 1905). Des grossesses tubaires méconnues.

Tubargravidität kann verwechselt werden mit einer gewöhnlichen oder suppurierenden Annexitis, mit Retroflexion und Retroversion und Lateroflexion des graviden oder nicht graviden Uterus; auch mit einer normalen Schwangerschaft (während andererseits letztere schon für Tubargravidität gehalten wurde). Außerdem wurde die Tubargravidität schon für Fibrom des Uterus und Cyste des Ovars angesprochen. Stieldrehung einer Salpingitis oder Ruptur eines Pyosalpinx oder einer Ovarialcyste können ebenfalls mit Tubarruptur verwechselt werden. Ebenso die Appendicitis; zeigen sich jedoch appendikuläre Krisen bei einer schwangeren Frau, so sollte stets an eine Tubargravidität gedacht werden. Intestinale Okklusion, eingeklemmte Hernien, nephritische oder hepatische Koliken verwirren ebenfalls oft die Diagnose. Bei jeder Frau, bei der eine plötzliche Krise auftritt, charakterisiert durch unregelmäßige Blutungen nach längerem oder kürzerem Ausbleiben der Regel und durch heftige einseitige Schmerzen, welche sogar Ohnmachten herbeiführen, soll der Arzt stets an Extra-uterin-Gravidität denken. Die Diagnose

wird bestätigt durch die paroxystische Natur der Schmerzen, durch den wenig reichlichen Ausfluß, welcher oft tagelang aussetzt, um dann wieder zu erscheinen, manchmal durch die Ausstoßung einer Decidua und durch die Untersuchung, welche eine einseitige salpingitische Resistenz erkennen läßt; die wenig druckempfindlich ist. In einer vorgerückteren Zeit lassen sich im Becken zwei Tumoren unterscheiden, ein größerer, mehr seitwärts und ein kleinerer, mehr nach der Mitte, der gewöhnlich von dem anderen mehr nach vorn gedrückt wird. Weiterhin erleichtern die Störungen in der Menstruation die Diagnose.

23) G. Rimette (Paris 1905). Pronostic de l'avortement.

Wenn auch bei einer gesunden Frau eine spontane Frühgeburt eine günstige Prognose hat, so wird dieselbe schlechter in dem Augenblicke, wo Reste der Frucht zurückbleiben, da Blutungen und Infektion dadurch entstehen können. Verf. warnt, trotz der Fortschritte der Aseptik, vor dem Gebrauch eines Instrumentes zur Ausräumung und will dieselbe nur digital gemacht wissen.

24) É. Foisy (Paris 1905). Le rétrécissement congénital de l'urètre.

Die angeborenen Verengerungen der Urethra zeigen sich unter vier Formen: 1) zylindrische und ringförmige, 2) diaphragmatische, 3) vulväre, 4) durch Adhärenzen an der Glans und am Bulbus bedingte Entwicklungshemmung ist die einzig mögliche Hypothese, um die Mißbildung zu erklären, außerdem kann auch Syphilis der Eltern in Betracht gezogen werden. Die Verengerung zieht meistens den Tod des Kindes gleich nach der Geburt oder kurz darauf nach sich.

25) M. C. Daniel (Paris 1905). Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale sous-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes.

Außer einigen Erkrankungen, wie die zweiseitige sklerocystische Ovariitis ohne Tubarerkrankung, die nicht suppurierende leichte Salpingitis ohne Ovariitis, wo konservative Operationen indiziert sind, soll die utero-annexielle Kastration die Behandlung der Wahl sein bei den meisten doppelseitigen annexiellen Erkrankungen, besonders aber bei den eiternden. Sie hat den Vorteil vor der beiderseitigen Kastration mit Erhaltung des Uterus, daß die operative Technik erleichtert und der kranke, unnütze Uterus entfernt wird. Die abdominale supravaginale Amputation des Uterus ist die rationellste Behandlung. Sie hat als Vorteile: 1) Größere Schnelligkeit und Einfachheit der Ausführung. 2) Die Unterdrückung der Blutung des vaginalen Schnittes. 3) Die geringere Gefahr einer Verletzung der Ureteren. 4) Sehr gute Resultate (eine Mortalität unter 5%). Die totale Hysterektomie soll nur gemacht werden: a. bei gleichzeitigem Bestehen neoplastischer oder entzündlicher Veränderungen des Halses oder unteren Segmentes des Uterus; b. bei der Notwendigkeit einer sehr breiten vaginalen Drainage. **G. Wiener** (München).

Schwangerschaft.

4) **A. v. Rosthorn** (Heidelberg) und **A. Fraenkel** (Badenweiler). Tuberkulose und Schwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 17.)

Als prognostisch gleich wichtige Faktoren wollen R. und F. berücksichtigt wissen den speziellen Charakter des tuberkulösen Prozesses, die Temperatur und den Ernährungszustand der Kranken. Ferner müssen in den Kreis der prognostischen Erwägung gezogen werden alle anderen klinischen Erscheinungen des betr. Falles, vor allem die Pulsfrequenz, auch die Frage der Komplikationen (Larynxphthise!) und der konstitutionellen Verhältnisse. Die Prognose der Tuberkulose einer Graviden fällt zusammen mit der Prognose des tuberkulösen Prozesses. Bei nicht sehr ausgedehnten Spitzenprozessen oder bei cirrhotischen Prozessen der Lungen verhalten sich die Autoren, namentlich in vorgeschritteneren Monaten der Schwangerschaft, zunächst abwartend: Ruhe, klimatische und Anstaltskuren sind geboten nicht trotz, sondern wegen der eingetretenen Gravidität. Wenn sorgfäl-

tige Pflege keine Besserung des Lungenbefundes und, was wichtiger ist, keine Entfieberung oder keinen Anstieg des Körpergewichtes über die durch die Gravidität bedingte Zunahme hinaus herbeiführt, so ist auch bei leichten Fällen die Unterbrechung der Gravidität diskutabel, ebenso wie sie immer in Frage kommen kann und kommen muß bei allen progredienten, floriden oder destruktiven Prozessen, die mit hartnäckigem Fieber und Reduktion des Ernährungszustandes einhergehen. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft muß so früh wie möglich erfolgen. Deshalb verlangen R. und F., daß die Tuberkulöse, die sich schwanger fühlt, unverzüglich und so früh wie möglich in ärztliche Beobachtung trete, worauf sie ärztlicherseits aufmerksam zu machen sind. Bei der Behandlung von Tuberkulösen in der Gravidität verwerfen beide Autoren mit Recht jeden einseitigen Standpunkt und verlangen eine zweckmäßige und auf Erfahrung basierende Individualisierung.

Zurhelle (Bonn).

5) **Lichtenstein** (Neuwied). Tuberkulose und Schwangerschaft.
(Deutsche Ärzte-Zeitung 1906. Hft. 11.)

Nach L. erfährt jede Tuberkulose durch den Eintritt einer Gravidität eine Verschlimmerung; die meisten Fälle von Tuberkulose, die sonst einen langsameren Verlauf zeigen, treten mit dem Beginn einer Gravidität in ein erneutes, akutes Stadium, das mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft an Intensität zunimmt, progredient wird, und enden meist in der übergroßen Mehrzahl unter heftigen Fiebererscheinungen und dadurch bedingtem Verfalle der Kräfte, der wiederum eine raschere Entfaltung der Tuberkelbazillen und ihrer Toxine bedingt, entweder bereits vor der Geburt oder im Puerperium tödlich. Daß die Konzeption und Gravidität bei erblich belasteten, scheinbar recht gesunden Individuen sehr oft eine latente Tuberkulose provoziert oder den Boden für die Ansiedelung der Keime ebnet, ist hinlänglich bekannt. Jede tuberkulöse Frau, sagt L., muß vor Schwangerschaft behütet werden; wie dies zu geschehen hat, ist Sache des beratenden Arztes. Ist die Gravidität eingetreten und stellen sich beunruhigende Symptome: Fieber, gesteigerter Husten usw., kurzum Anzeichen eines aufflackernden Prozesses ein, so muß sofort die Gravidität, solange noch ein Stillstand der tuberkulösen Erkrankung zu erwarten ist, unterbrochen werden.

Besonders interessant ist L.'s Standpunkt im Vergleiche mit der wertvollen Arbeit v. Rosthorn's und Fränkel's über desselbe Thema in Nr. 17 der Deutschen med. Wochenschrift, deren Inhalt Ref. in derselben Nummer des Zentralblattes wiedergegeben hat. Der Vergleich beider Arbeiten zeigt zur Genüge, daß der Standpunkt in dieser wichtigen Frage noch keineswegs ein feststehender ist.

Zurhelle (Bonn).

6) **M. Hofmeier** (Würzburg). Über seltenere Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft infolge innerer Krankheiten.
(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 17.)

H. beginnt mit der Besprechung einiger Fälle von chronischer Nephritis, die erstens den außerordentlich verschlimmernden Einfluß der Schwangerschaft und zweitens den äußerst eklatanten Erfolg ihrer künstlichen Beendigung erweisen. Die Berechtigung zur Unterbrechung der Schwangerschaft, unter Umständen auch schon in früheren Monaten, ist um so sicherer gegeben, da bei diesen schweren Störungen etwa 60% der Kinder doch intra-uterin absterben. H. bespricht dann die Komplikation von Schwangerschaft mit Herzfehler, wo es immer Sache des Einzelfalles sein muß, zu überlegen, wie man durch geeignete Leitung der Entbindung diese Gefahr am besten beseitigt oder wenigstens verringert. Bei Diabetes mellitus in der Schwangerschaft ist nach H.'s Meinung das einzig Rationelle: möglichst schnelle und möglichst schonende Entleerung des Uterus. Dies liegt um so näher, als ein großer Teil der Frauen und ein großer Teil der Kinder (von letzteren etwa die Hälfte) während der Schwangerschaft und Geburt zugrunde gehen. In einem Falle von Myelitis und Schwangerschaft sah H. einen günstigen

Einfluß der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, wenn auch Pat. 4 Monate nachher an einem schweren Dekubitus mit anschließender Sepsis zugrunde ging. Sehr schwer, sagt H., ist die Entscheidung für den Arzt, ob er bei Schwangerschaftspsychose die Schwangerschaft unterbrechen soll oder nicht. Die Beobachtung, wie ungünstig durch die Schwangerschaft der labile Gesundheitszustand derart disponierter Frauen beeinflußt wird, läßt es berechtigt erscheinen, unter Umständen die Schwangerschaft zu unterbrechen, wobei H. sich dem sehr beherzigenswerten Rate v. Winckel's anschließt, nur nach vorheriger Beratung mit mehreren Kollegen, am besten natürlich mit einem Psychiater von Fach, vorzugehen.

Zurhelle (Bonn).

7) **C. Jeannin** (Paris). Das Syncytium, seine physiologische und pathologische Rolle.

(Presse méd. 1906. Mai 26.)

Nachdem Verf. den anatomischen Bau und Sitz des Syncytiums besprochen hat, wendet er sich zuerst der physiologischen Rolle desselben bei der Placentation zu. Das Ei bohrt sich in die Uteruswand ein infolge der histolytischen Eigenschaften des Syncytiums, welches die mütterlichen Elemente zerstört. Die Chorionzotten höhlen richtige Kanäle in der Decidua aus. Bei dem Stoffwechsel zwischen Mutter und Kind stellt das Syncytium nicht ein einfaches Filter dar, sondern ein drüsiges Organ, das völlig selbständig funktioniert. In welcher Weise es jedoch den Übergang der Stoffe von Mutter auf Kind regelt, ist verhältnismäßig wenig bekannt. Die Serotina kann als eine wahre embryotrophische Membran betrachtet werden. Das Vorhandensein eines proteolytischen Fermentes ist strittig. Außerdem hat man ein fettverseifendes und ein zuckerbildendes Ferment unterschieden. Hinzufügen müßte man hierzu noch einen Stoff, der die Elemente der Galle umändert. Ein glykogenbildendes Ferment scheint von dem Syncytium nicht gebildet zu werden, sondern von den Langhans'schen Zellen.

In bezug auf die innere Sekretion des Syncytiums schieben einzelne Autoren einige Phänomene der Schwangerschaft, wie das Erbrechen, das Chloasma, Änderungen in den Verhältnissen der Behaarung usw., diesem zu. Auch die Verschleppung des Syncytiums bei der Zottendeportation (Veit) muß Veränderungen im Organismus hervorbringen. Wenn wir über dieselben auch nicht genau orientiert sind, so ist soviel sicher, daß der mütterliche Organismus auf diese Einflüsse wie einer Mikrobenintoxikation gegenüber reagiert und Syncytiolysine produziert.

Was die pathologische Stellung des Syncytiums betrifft, so tritt sie vor allem bei der Blasenmolenbildung zutage, die als eine exzessive Wucherung des Syncytiums und der Langhans'schen Zellen aufzufassen ist. Verf. geht dann des näheren auf die Veränderungen und Wirkungen des Syncytiums bei diesem pathologischen Zustand ein, und bespricht sodann das Syncytioma malignum und die Rolle, die bei diesem das Syncytium spielt. Hierauf wendet er sich der Frage zu, welche Rolle dem Syncytium bei der Ätiologie der Eklampsie zukommt, und berichtet des weiteren über die verschiedenen Ansichten der Autoren, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben. Zuletzt bespricht er die Anwesenheit des Syncytiums in Teratomen, die absolut unabhängig von der Schwangerschaft sind.

E. Runge (Berlin).

8) **Czyzewicz jun.** und **Nowicki** (Lemberg). Ein typischer Fall von Chorioepitheliom.

(Lwowski tygodnik lekarski 1906. Nr. 15—19.)

27jährige IIIpara, vor 4 Monaten Abortus, seitdem ununterbrochen Blutungen, zunehmende Abmagerung. Uterus faustgroß, teigig weich, wird zweimal ohne Erfolg ausgekratzt. 14 Tage nach Aufnahme der Pat. plötzlicher Kollaps unter Erscheinungen einer inneren Blutung. Bei der Laparotomie wird das rechte, hühnereigroße, blutig verfärbte Ovarium entfernt, an seiner hinteren Fläche befand sich eine erbsengroße Öffnung, aus welcher ununterbrochen Blut heraussickerte.

Histologisch wurde Chorioepitheliom des Eierstockes nachgewiesen und, da unterdessen eine rechtsseitige lobäre Pneumonie dazwischenkam, erst 18 Tage nach der Laparotomie der Uterus per vaginam exstirpiert. Trotzdem zunehmende Kachexie, der sich Bluthusten hinzugesellte. 5 Wochen nach der Uterusexstirpation Exitus.

Bei der Sektion wurden fast in allen inneren Organen zahlreiche Metastasen gefunden, außerdem ein erbsengroßer Knoten im subkutanen Bindegewebe unter dem linken Rippenbogen in der vorderen Axillarlinie. Es dürfte dies der erste veröffentlichte Fall einer Hautmetastase bei Chorioepitheliom sein.

H. Ehrlich (Przemiśl).

9) **F. J. Taussig** (St. Louis). Ektopische Deciduabildung.

(Surgery, gynecology and obstetrics Vol. II. Nr. 6.)

Die Bildung von Decidua an Plätzen, mehr oder weniger weit entfernt von der Eieinbettungsstelle, ist der Gegenstand der Arbeit.

Bericht über einen selbst beobachteten, einschlägigen Fall: 35jährige, 17 Jahre steril verheiratete Frau, wegen Diagnose: Tubarschwangerschaft mens. IV vom Verf. laparotomiert. Altes Blut an dem mit den Beckenorganen verwachsenen Omentum. Uterus vergrößert (12 cm lang), mit kleinen Myomen besetzt, zahlreiche Adhäsionen, nach vorn gedrängt vom unrupturierten Fötalsack im Douglas, dessen Peritoneum der Placenta adhärent ist. Beide Adnexe in Adhäsionen eingebettet. Linke Adnexe nur wenig, rechte Tube stark verdickt und gewunden; an derselben Fimbrien, ausgedehnt zu fast Handflächengröße; rechts kleinapfelgroße, links erbsengroße Parovarialcyste. Corpus luteum mit Sicherheit in keinem Ovarium nachweisbar. — Fötalsack eröffnet, Placenta und der 20 cm lange Fötus schleunigst extrahiert, nachher Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Drainage nach der Vagina. Glatte Heilung.

Mikroskopische Untersuchung: Im Uterus: kolossal verdickte Mucosa, absolut intakte Decidua. Rechte Tube: in den mehr abhängigen Partien der Fimbrien Überreste von Chorionzotten und Syncytium, in die Tubenwandung eindringend, keine decidualen Elemente, ebenso nicht in der Ampulle und in dem Peritoneum der Tube. Linke nicht gravide Tube: halbwegs zwischen Uterus und Fimbrien Bild der chronischen Salpingitis, an einer oder zwei Stellen nahe dem Lumen einige Flecke von Deciduazellen direkt unter dem etwas abgeflachten Tubarepithel; in der Ampulle sehr distinkte Demarkationslinie zwischen der in dem oberen Teile der Mucosa gelegenen soliden Decidualschicht und den tieferen, von Deciduazellen freien Schichten der Mucosa. Nester von Deciduazellen in den nach der Serosa ziehenden Adhäsionen, nicht aber in der Decidua selbst. Im rechten Ovarium: an der Oberfläche kleines Nest von Deciduazellen. Im linken Ovarium: keine Spur davon neben beträchtlichen Mengen von Luteinzellen.

Parovarialcyste: in einem großen Teile der Cystenwand kontinuierliche Schicht von Deciduazellen, 4—5 Zellen in der Dicke, scharf abgegrenzt sowohl gegen die fibröse Wand, als auch gegen das Peritoneum, hier und da durch beträchtliche Hämorrhagien abgehoben.

Im Peritoneum: an der Hinterfläche des Uterus gelbliches, stecknadelkopfgroßes Knötchen, bestehend aus Deciduazellen. Die Adhäsionen zwischen Uterus und linker Tube enthielten vereinzelte Deciduazellen.

Cervix: in Schnitten etwas über 1 cm unterhalb des Os internum auf den Spitzen der Schleimhautfalten Nester von Deciduazellen von typischer Größe und Gestalt; weiter unterhalb Nachweis solcher Elemente nicht möglich.

Verf. bespricht die verschiedenen Theorien über die Beziehungen zwischen Intensität der Deciduaentwicklung und Lage der Eieinbettungsstelle, und verwertet seinen Fall gegen die Behauptung, daß die Decidua um so stärker entwickelt sei, je näher die betreffende Gewebsstelle der Eieinbettungsstelle liegt. Daß eine cervicale Decidua niemals besteht, dürfte nunmehr auch eine nicht mehr zu Recht bestehende Ansicht sein; besondere Hervorhebung verdient der Befund von cervicaler Deciduabildung bei ektopischer Gravidität, was bisher nicht beobachtet wurde Es ist daher auch nicht richtig, daß man cervicale Deciduabildung nur dann findet

wenn die Placenta sich am Os internum oder in dessen Nähe etabliert. Als weiteren Gegenbeweis teilt Verf. einen von Dr. Carl Fisch beobachteten Fall mit. Bei einer im 4. Monate Schwangeren wurde ein Polyp aus dem Os externum entfernt. Der Polyp zeigte eine dichte Masse von typischen Deciduazellen direkt unter dem Epithel. Bei der Entbindung saß die Placenta nicht nahe der Cervix, sondern am Fundus an der vorderen Fläche.

Neu dürfte der Befund von Deciduazellen in einer Parovarialcyste sein.

Einen Beitrag zu der Frage, ob der Befund von Decidua in der Serosa des Appendix bei Schwangerschaft etwas Regelmäßiges ist oder nicht, kann Verf. auch geben. Bei einer wegen rupturierter Tubarschwangerschaft Operierten fand er am Appendix keine Spur von Decidua.

Der Verf. wirft dann die Frage nach der Genese der Deciduazellen auf. Die neuesten Befunde widersprechen der Webster'schen Theorie, wonach man solche Zellen nur an Organen findet, welche dem Müller'schen Trakt entstammen, ebenso muß die Theorie als verfehlt angesehen werden, daß das Auftreten von Deciduazellen im Zusammenhange steht mit dem reichlicheren Blutzufluß zu den Sexualorganen, weil man sie auch findet an Organen, die einem anderen Blutgefäßsystem angehören, z. B. an dem Omentum und dem Appendix.

Daß die Deciduabildung nicht die Folge des Reizes von seiten des Syncytiums ist, beweist das Fehlen bei Syncytioma mal.; ebenso kann das Leben des Fötus dafür nicht maßgebend sein (Hämatommole!)

Die Tatsache, daß die Deciduabildung stets an der Oberfläche, d. h. an den Spitzen der Schleimhautfalten, an der Oberfläche des Ovariums und direkt unter dem Peritoneum gefunden wird, führt zu der Annahme, daß das Material, welches die Deciduabildung veranlaßt, im Zelldetritus, von der Placenta stammend, zu suchen ist. Solcher Detritus, durch die Tube wandernd, wird verteilt im Lumen der Tube, über die Ovarien und das hintere Beckenperitoneum.

Reproduktionen der mikroskopischen Bilder, speziell der aus der Parovarialcyste, der nicht graviden Tube und der Cervix, sowie der Photographie des ganzen Präparates und ein umfangreiches Literaturverzeichnis erhöhen den Wert der Arbeit.

Eversmann (London).

10) **Starzewski** (Lemberg). Über Schwangerschaftsinfektion. I. Allgemeiner Teil.

(Lwowski tygodnik lekarski 1906. Nr. 10—12.)

Verf. nennt die Stoffwechselprodukte, welche von der sich im Uterus entwickelnden Frucht ausgeschieden und durch die Blutbahnen abgeführt werden, das Exkret des Fruchteies. Dieses Exkret gelangt in den Blutkreislauf der Mutter und wird teilweise durch Nieren, Leber, Haut usw. zusammen mit den Sekreten dieser Organe ausgeschieden, teilweise durch Bildung von spezifischem Antitoxin neutralisiert. Bevor jedoch dies geschehen ist, kommt das »Fruchtexkret« mit allen Geweben des mütterlichen Organismus in Berührung, wodurch ein klinisch nachweisbarer Symptomenkomplex entsteht, den S. Schwangerschaftsinfektion nennt und in eine physiologische und pathologische scheidet.

Die Erscheinungen der physiologischen Schwangerschaftsinfektion, bekannt seit altersher als »wahrscheinliche Schwangerschaftszeichen«, werden zumeist als ein auf dem Reflexweg entstandenes nervöses Symptomenbild angesehen, nach Ansicht des Verf.s jedoch handelt es sich um die Wirkung des Fruchtexkretes. Der Einfluß des letzteren auf alle mütterlichen Gewebe besteht in Anregung zu einer gesteigerten Tätigkeit, einer erhöhten Lebensenergie. So finden wir die für die Schwangerschaft typischen, bekannten nervösen und psychischen Erscheinungen, Veränderungen in den Blutgefäßen, der Zusammensetzung des Blutes, gesteigerte Sekretion der Speichel-, Schweißdrüsen u. a.

Von allen diesen Symptomen erhalten sich die für die Schwangere und die Schwangerschaft vorteilhaften bis zur Geburt, während die schädlichen Symptome schon vom Ende des 4. Graviditätsmonates an verschwinden. Zur Erklärung dieser Tatsache müssen wir annehmen, daß sich im Organismus der Schwangeren allmäh-

lich eine Art von Antitoxin bildet, welches die schädlichen Bestandteile des Fruchtexkretes entgiftet.

Der Unterschied zwischen physiologischer und pathologischer Schwangerschaftsinfektion besteht darin, daß letztere im allgemeinen auf den Organismus der Schwangeren nur schädlich wirkt. Verf. unterscheidet drei klinische Typen der pathologischen Schwangerschaftsinfektion.

Die erste Form ist eine in allen Symptomen verstärkte physiologische Schwangerschaftsinfektion, deren Ursache eine erhöhte Idiosynkrasie des ganzen Organismus oder einzelner Organe der Schwangeren gegenüber dem Fruchtexkrete sein kann, oder gestörte Funktion der Ausscheidungsorgane (Leber, Niere, Darm, Haut), oder endlich größere Produktion von Fruchtexkret.

Die zweite Form ist charakterisiert durch verminderte Bildung von Schwangerschaftsantitoxin. Die Symptome dieser Form pflegen gewöhnlich nach der Schwangerschaftsmitte nicht zu schwinden, oft treten sie dann sogar stärker auf. Es gehören hierher Symptomenbilder, welche gewöhnlich als spezielle Erkrankungen der Schwangeren in den Lehrbüchern abgehandelt werden, wie Psychosis, Hemeralopia, Ptyalismus, Atrophia hepatis acuta, Diabetes, Nephritis etc. gravidarum.

Die dritte und schwerste Form der pathologischen Schwangerschaftsinfektion ist Eklampsie. Verf. teilt diese in drei Perioden ein, diejenige der Prodrome, der Krämpfe und des Koma, oder, in nicht letalen Fällen, das posteklamptische Stadium, und schildert ausführlich den klinischen Verlauf und die Symptomatologie der Eklampsie.

Der Zweck der Therapie der Schwangerschaftsinfektion ist die Befreiung des Organismus vom schädlichen Überschuß an Fruchtexkret. Ein gewisses physiologisches Quantum benötigt die Schwangere zur Erhaltung und Weiterentwicklung der Gravidität. Als bedeutendstes Heilmittel betrachtet S. den Aderlaß mit nachfolgender Kochsalzinfusion, welcher jedoch — da gleichzeitig auch das wichtigste Agens, das Blut, dem Organismus entzogen wird — nur in schweren, unmittelbar gefahrdrohenden Fällen angewendet werden soll. In zweiter Linie kommen Mittel, welche die Tätigkeit der exkretorischen Organe beeinflussen, wie Laxantia, Diuretika, Einpackungen mit gleichzeitiger Infusion möglichst großer Mengen Kochsalzlösung. Erst wenn alle diese Mittel versagt haben, dann bleibt als ultimum refugium die Unterbrechung der Schwangerschaft übrig.

H. Ehrlich (Przemyśl).

11) **Fruhinsholz** (Nancy). Uterus bicornis und Schwangerschaft.

(Province méd. 1906. März 30.)

29jährige IIpara beginnt, 7½ Monate schwanger, zu kreißen. Spontane Geburt eines frühreifen Kindes. An der exprimierten Nachgeburt stellt sich heraus, daß ein Kotyledo fehlt, der nach 3 Tagen spontan ausgestoßen wird. Nach 1½ Jahren erneute Geburt, die spontan verläuft. Das Kind wiegt 2750 g. Eine gleich nach der Geburt des Kindes vorgenommene Untersuchung zeigt, daß der Uterus in Nabelhöhe steht und nach rechts herübergeneigt ist. Links scheint ihm ein Tumor aufzusitzen, der von ihm durch eine gut markierte Furche abgegrenzt ist. Er liegt in der linken Fossa iliaca, seine Konsistenz ist hart, seine Oberfläche glatt, seine Größe die eines Kindskopfes. Während der Untersuchung hebt dieser Tumor sich aus der Fossa iliaca heraus, bäumt sich in die Bauchhöhle empor und verliert sich im Corpus uteri. Die Furche wird weniger deutlich; der Tumor verliert seine Härte, und nach 10 Minuten ist der Fundus uteri breiter geworden und in zwei Hörner geteilt, von denen das rechte größer ist und höher liegt. Da die Nachgeburt sich nicht löst, wird sie manuell entfernt. Hierbei fühlt man, daß der Sitz der Placenta im größeren Horn gelegen ist. Mit zwei Fingern kann man in das linke Horn eindringen, das völlig leer ist und ungefähr eine Länge von 10 cm hat; auch Eihäute finden sich darin nicht. Die Wandungen dieses Hornes liegen aufeinander und sind mit einer dicken Decidua bekleidet, die sonst völlig normales Aussehen darbietet. Glatte Genesung. **E. Runge** (Berlin).

12) J. S. Sheill. Über die Beziehung der fötalen Herztöne zum Geschlecht.

(Dublin journ. of med. science 1906. Januar.)

S. legte seinen Untersuchungen, ehe er dieselben begann, folgende Regel zugrunde: In allen Fällen, in denen die Herztöne 141 oder weniger betragen, handelt es sich um Knaben; betragen die Herztöne 147 und darüber, handelt es sich um Mädchen; liegt die Zahl dazwischen, so ist das Geschlecht zweifelhaft. Die Untersuchungen wurden alle von demselben Arzt unter besonderen Vorsichtsmaßregeln (Bettruhe, Wehenpause, Ruhe des Kindes usw.) vorgenommen. Die Resultate waren folgende: Von einigen 300 Fällen verschiedener Art war die Vorausbestimmung in 56% richtig. Ließ S. die Kreißenden fort, so stieg die Prozentzahl auf 73. Zählte S. von diesen nur die Erstgebärenden, so war nur in 10% der Fälle das Geschlecht ein anderes als S. vorausgesagt hatte. Also in 90% stimmte seine Annahme. S. betont, wie sehr die Zuverlässigkeit abnimmt, sobald es sich um Kreißende handelt. Zum Schluß warnt er selbst vor allzu großer Begeisterung für seine Methode mit den Worten: »A still tongue makes a wise head«.

Zurhelle (Bonn).

13) Meurer (Amsterdam). Herzfehler in der Schwangerschaft und bei der Geburt.

(Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1906. I. p. 23.)

Verf. sah unter 2300 Schwangeren und Gebärenden elfmal Herzfehler; es waren meist schwere Fälle mit ausgesprochenen klinischen Symptomen. Da nicht systematisch bei allen Pat. das Herz untersucht wurde, können vielleicht einige leichtere Fälle unbemerkt geblieben sein. Schwangerschaft und Geburt können bei Herzkranken ganz normal, ohne wesentliche Störungen, verlaufen. Deshalb ist nicht allen Herzkranken die Heirat unbedingt zu verbieten, oder, wenn bei einer solchen Schwangerschaft auftritt, diese immer zu unterbrechen. Nur bei lebensbedrohender Herzinsuffizienz kommt der Abortus provocatus oder Partus praematurus in Frage. **Werkman** (Leiden).

14) J. Wechsberg (Wien). Über den Nachweis von Azeton bei Extra-uterin-Gravidität.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 31.)

Baumgarten und Popper haben die Mitteilung gemacht, daß in sieben Fällen von Extra-uterin-Gravidität Azeton in größerer Menge nachzuweisen war. W. hat am Materiale der Klinik Chrobak dieses diagnostische Hilfsmittel nachgeprüft; sein Material betrug acht Fälle, von denen allerdings einer nicht die von Baumgarten und Popper verlangte Vorbedingung, eine größere Blutung, aufwies; von den sieben restierenden Fällen ergaben fünf ein vollkommen negatives Resultat, in zwei Fällen konnten eben noch Spuren von Azeton nachgewiesen werden.

Verf. hat auch andere, besonders diffentialdiagnostisch schwierige Fälle auf Azeton untersucht, und konnte nie Azeton finden. Dagegen fand sich in einem Falle von Uteruskarzinom Azeton; bei Graviden war Azeton nur in ganz wenigen Fällen nachzuweisen. Ferner fand sich in einer Reihe von Fällen deutlich post operationem Azeton, wo es vor der Narkose fehlte.

Es kann daher der Azetonnachweis bei Graviditas extra-uterina nicht als ein diagnostisch verwertbares Symptom angesehen werden. **Keitler** (Wien).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 43. Sonnabend, den 27. Oktober. 1906.

Inhalt.

I.

(Aus der Kgl. Frauenklinik in Dresden.)

Zur Gonokokkenperitonitis im Wochenbett. Laparotomie. Drainage. Genesung.

Von

G. Leopold.

Im 78. Bande Hft. 1 des Arch. f. Gyn. hatte ich in einer Arbeit: »Zur operativen Behandlung der puerperalen Peritonitis und Pyämie« mehrere Fälle von teils akuter, teils chronischer Peritonitis beschrieben, von welchen diejenigen, welche sehr früh, d. h. bald nach Ausbruch und gesicherter Diagnose der Peritonitis durch

Laparotomie operiert worden waren, zur Genesung kamen, während die zu spät, d. h. nicht bald nach Ausbruch der Peritonitis Operierten zugrunde gingen.

Bei zwei Fällen wurde die Gonorrhöe als Ursache der Peritonitis mit aller Sicherheit nachgewiesen, in zwei anderen Fällen konnte sie mit der allergrößten Wahrscheinlichkeit angenommen werden, in einem fünften Falle war die Frau von ihrem Ehemann, nach dessen eigener Angabe, kurz vor der Konzeption gonorrhoisch infiziert worden. Wenn auch bei ihr in den Sekreten Gonokokken nicht gefunden wurden, so durfte die akute puerperale Peritonitis um so mehr auf Gonorrhöe zurückgeführt werden, als die Frau bei der Geburt innerlich nicht untersucht worden war.

Im folgenden werde ich nun über einen ganz ähnlichen Fall berichten, der sich aber von den früher erwähnten durch den Umstand wesentlich heraushebt, daß in dem nach Eröffnung des Leibes ausfließenden trüben Sekret die Gonokokken fast in Reinkultur sofort nachgewiesen werden konnten. Da hier die Laparotomie sehr früh vorgenommmen wurde und unter schnellem Nachlaß aller schweren Erscheinungen zur Genesung führte, so gewinnt auch hierdurch die folgende Beobachtung an besonderem Interesse.

Am 23. Mai 1906 (Geburtsnummer 741) kam die 28jährige Frau verwitwete G. nachmittags 3 Uhr vom Lande zu Fuß in die Klinik mit der Angabe, daß sie seit früh 8 Uhr Wehen habe, die Blase aber noch nicht gesprungen sei.

Kräftige gesunde Frau, vom 18. Jahre an regelmäßig menstruiert; hat in der Zeit von 1898—1903 3mal spontan geboren. Wochenbetten waren fieberfrei; letzte Menstruation Mitte August 1905; Beckenmaße: 22, 26, 33, 20. I. Schädellage a. Herztöne 132, regelmäßig, links vom Nabel. Wehen alle 5 Minuten, kräftig. Urin frei von Eiweiß.

Bei der inneren Untersuchung, welche von zwei Ärzten und fünf Schülerinnen vorgenommen wurde, war die Portio noch etwas wulstig, aber verstrichen; der äußere Muttermund 3markstückgroß; die Blase stand; der Kopf in tiefem Querstand. 4 Uhr 45 Min. nachmittags Scopolamin. hydrobrom. 0,00045 mit 0,01 Morph. 5 Uhr 45 Minuten mäßiger Schlaf. Während der kaum schmerzhaft empfundenen Wehen geringes Stöhnen.

6 Uhr 30 Minuten Geburt in I. Schädellage a. 5 Minuten später spontan die Nachgeburt. Temperatur 36,2. Puls 96. Nach mehrstündiger Beobachtung Verlegung in die Wöchnerinnenabtheilung. Das Kind (Mädchen) 52 cm lang, 3400 g schwer. Horizontaler Kopfumfang 36, größter 39 cm.

Da sich das während der Geburt abgehende Fruchtwasser mekoniumhaltig zeigte, so wurde nach der Geburt die Scheide mit Sublimatlösung 1 : 4000 ausgespült.

Die ersten 5 Tage des Wochenbettes verliefen fieberlos. Temperatur 36,5—36,8. Puls 60—72. Am 6. Tage (29. Mai) plötzlich 1 Uhr nachmittags 39,1 und 114 Pulse. Der gut kontrahierte Uterus stand mit dem Fundus in der Mitte zwischen Nabel und Schamfuge. Der Leib zu beiden Seiten auf Druck schmerzhaft und etwas aufgetrieben. Die sofortige Untersuchung der Sekrete aus Harnröhre und Scheide ergab reichliche Gonokokken (Gram).

Am 30. Mai früh 39,0. Puls 148. Zustand wesentlich verschlimmert. Beschwerden beim Atemholen, besonders Stechen in den unteren Brustabschnitten, zeitweilig Singultus. Leib stark aufgetrieben; beiderseits etwas Dämpfung. Namentlich rechts starker Druckschmerz.

Da der objektive wie allgemeine Befund auf eine akute beginnende Peritonitis hinwies, so wurde noch im Laufe des Vormittags in Äthernarkose die Laparotomie vorgenommen, und zwar in derselben Weise, wie in dem unter Nr. 1 beschriebenen, zur Genesung gelangten Falle von Gonokokkenperitonitis der eingangs angeführten Arbeit.

Zunächst wird parallel dem rechten Lig. Poupartii und 2 Fingerbreit oberhalb desselben ein Einschnitt gemacht und in der Länge von reichlich $1^1/_2$ cm das Peritoneum eröffnet. Nach Eingehen mit dem linken Zeigefinger und Abdrängen der Därme quoll hier aus der Tiefe trüb gelbliche Flüssigkeit hervor, deren sofortige Untersuchung viele Eiterkörperchen und massenhafte Gonokokken in Reinkultur ergab.

Oberhalb dieses Einschnittes erfolgte dann in der Gegend des unteren Leberrandes, in der Richtung der Axillarlinie, eine Gegenöffnung. Durch beide Öffnungen wurde ein dicker Gummidrain gezogen und mit feinem Seidenfaden am Wundrand befestigt.

Dieselbe Doppeleröffnung der Bauchhöhle fand dann auf der linken Seite statt.

Endlich ging der linke Zeigefinger von der rechten seitlichen Öffnung aus hinter den Uterus bis auf den Boden des Douglas'schen Raumes und machte von hier aus mit einer Kornzange, zwischen die entgegendrängenden Spitzen zweier von der Scheide aus eingeführten Finger eines Assistenten, eine Öffnung in das hintere Scheidengewölbe, worauf ein dicker Gummidrain von oben nach unten durchgeführt und angenäht wurde. Das untere Ende wurde soweit gekürzt, daß es nur bis in die Mitte der Scheide reichte.

Bei diesen Eröffnungen quoll, namentlich aus der Tiefe des Beckens, fortwährend eine teils bräunliche trübe, teils gelbliche Eiterflocken enthaltende Flüssigkeit hervor.

Also nach kaum 24stündigem Auftreten der peritonitischen Symptome die Erfüllung der Bauchhöhlenflüssigkeit mit Eiter und der klare Nachweis der Gonokokken!

Nun wurden die drei Drainageröhren solange mit warmer steriler 0,6%iger Kochsalzlösung durchspült, bis das Wasser ganz klar ablief. Während der Operation, welche von Beginn der Äthernarkose an nur 40 Minuten gedauert hatte, waren 1000 g steriler Kochsalzlösung subkutan infundiert worden.

Am Abend desselben Tages fühlte sich die Kranke ziemlich wohl. Hatte wenig erbrochen, keine Schmerzen.

Unter täglichem Durchspülen der Röhren von 3 Liter warmer steriler physiologischer Kochsalzlösung leidliches Befinden. Nachts Schlaf. Es gingen Blähungen ab, auch konnte Frau G. spontan Wasser lassen. Nährklistiere.

Temperatur und Puls waren vom 2. Tage nach der Operation an normal und schwankten zwischen 37,0—37,5 und 80—88. Die Absonderung aus den Röhren war reichlich, gelblich, roch sehr putrid. Wundränder leicht gerötet.

Vom 8. Juni an (16. Tag) nahm die Absonderung ab. Nahrungsaufnahme und spontaner Schlaf gut.

Am 23. Tage wurden die seitlichen Drains entfernt und in den Wundöffnungen durch dünne Gazestreifen ersetzt. Der durch den Douglas gehende Drain wurde noch täglich durchspült; da sich aber im Anfange der Spülung stets noch eine Menge grünlichen Eiters entleerte, konnte er erst am 41. Tage entfernt werden. Von nun an schlossen sich die Wundränder viel schneller.

Nur rechts hatte sich eine ca. bohnengroße Wucherung anscheinend, Caro luxurians, entwickelt, die unter Kauterisation anstatt kleiner, immer größer wurde, daher am 12. Juli in leichter Narkose nach Längsspaltung in der Tiefe mit dem Paquelin abgetragen wurde.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß diese vermeintliche Caro luxurians das Abdominalende der rechten Tube war, welche sich in den rechtsseitigen Wundtrichter eingeklemmt hatte und zu dieser Wucherung gelangt war.

Nunmehr erfolgte der Schluß der beiderseitigen Wunden sehr schnell. Frau G. konnte bald aufstehen und nach hinreichender Kräftigung am 30. Juli entlassen werden.

Der Fall liegt so klar vor Augen, daß er geradezu ein Paradigma für die schweren Folgen einer gonorrhoischen Infektion für ein Wochenbett, sowie für die Wirkung eines frühzeitigen operativen Eingriffes darstellt.

Die betreffende Frau war gonorrhoisch infiziert worden; wann, bleibt dahingestellt. Ihre Geburt erfolgte leicht und schnell. Am 6. Tage trat mit einem Male hohes Fieber auf. Die Sekrete ergaben die unzweideutige Anwesenheit von massenhaften Gonokokken. Schnell entwickelte sich eine akute Peritonitis mit hohem Fieber, sehr hohem, kleinen Puls, Meteorismus, Singultus, heftigen Leibschmerzen und Dämpfung.

Nach ungefähr 24 Stunden schon erfolgte auf Grund der bisherigen sehr günstigen Erfahrungen die Eröffnung des Leibes zur Ablassung des eitrigen Sekretes und die Durchspülung der Bauchhöhle mit warmer physiologischer steriler Kochsalzlösung. In der trüben eitrigen Bauchhöhlenflüssigkeit fanden sich die typischen Gonokokken in zahlloser Anhäufung.

Sofort nach dem Eingriff fiel das Fieber zur Norm ab; die Peritonitis ging bald zurück; das Allgemeinbefinden war mit einem Schlage gebessert und ging nach und nach in Genesung über.

Zum ersten Male war uns in diesem Falle durch die Auffindung der Gonokokken in der freien Peritonealflüssigkeit der ganz sichere Nachweis gelungen, daß an dieser puerperalen Peritonitis lediglich die wahrscheinlich in der Schwangerschaft oder kurz vor der Entbindung erfolgte gonorrhoische Infektion der Frau die Schuld trug, ein wichtiger Fingerzeig für so manchen in der Privatpraxis der Ätiologie noch unaufgeklärten tödlichen Fall von Kindbettfieber.

Auch Foulerton (dieses Zentralblatt 1905 Nr. 48) war dieser Nachweis gelungen. Er demonstrierte Präparate von einem Falle von akuter Peritonitis bei Gonorrhöe. »Es fanden sich Gonokokken im Vaginalsekret, in dem Eiter der Tuben in Reinkultur und in der Peritonealexsudation. Die Schleimhaut der Tuben zeigte sich intakt, und die sorgfältigste Untersuchung konnte keinen Eintritt von Kokken in die Epithelzellen oder die Membran nachweisen.«

Die wiederholten Durchspülungen der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung von den Drains aus hatten sich auch in diesem jetzigen Falle sehr bewährt, da sie lange Zeit ziemliche Mengen trübbräunlicher Flüssigkeit herausbeförderten. Die Drains wurden erst dann entfernt, als bei den Durchspülungen das Wasser klar abfloß und jedwede Empfindlichkeit bzw. entzündliche Erscheinung von seiten der Bauchhöhle geschwunden war.

II.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik Leipzig.)

Über Fieber im Wochenbett im Jahre 1905[1].

Von

Dr. T. Thies,
Assistenzarzt der Klinik.

Seit Jahren ist die Mortalitätsziffer bei Puerperalfieber in der hiesigen Frauenklinik relativ dieselbe geblieben. Sie schwankt zwischen 0,1 und 0,3%.

Diese Todesfälle werden sich in einer Klinik, in welcher naturgemäß auch viele therapeutisch ungünstig beeinflußte Fälle behandelt werden müssen, nicht vermeiden lassen. Ist einmal die Infektion der Uterushöhle und des Körpers da, dann wird trotz aller therapeutischen Maßnahmen ein geringer Prozentsatz von Wöchnerinnen nicht mehr zu retten sein. Die Fälle, in denen die tödliche Infektion in der Anstalt erst entstanden ist, sind in der Minderzahl, man kann sagen, verschwindend gering. An dem größeren Teile der in Betracht kommenden Kreißenden waren außerhalb der Klinik Operationsversuche gemacht. Bei einigen war die vorherige Infektion offenbar durch die Tatsache, daß sie schon fiebernd eingeliefert wurden.

Nicht diese tödlichen Infektionen allein verdienen die weitgehendste Beachtung, sondern die Infektion im Wochenbett überhaupt. Allemal bedeutet das Fieber im Wochenbett nicht nur eine schwere Gefahr für das Leben der Wöchnerin, sondern jedes Fieber, das von den Genitalien im Wochenbett ausgeht, kann für die Trägerin eine Summe von begleitenden und nachfolgenden Krankheiten verursachen.

Das Ziel, diese Fieberfälle auf ein Minimum herabzudrücken, ist deshalb mit allen Mitteln anzustreben, und jeder therapeutische Vorschlag sollte, wenn er unschädlich ist, geprüft werden, auch wenn ihm theoretische Bedenken entgegenstehen.

Seit dem Jahre 1903 sind hier alle Wöchnerinnen weiter ausgetupft worden, und die mit diesem Verfahren erzielten Resultate sollen im folgenden angegeben werden. Vorausgeschickt sei nochmals die Technik. Es wurde frühestens 4 Stunden, oft auch bis 10 Stunden nach der Geburt die Vagina durch ein Trelatspekulum entfaltet und dann mit kleinen Tupfern die Blutcoagula aus der Scheide entfernt. Der sterile Tupfer wird so eingeführt, daß er die Haut nicht beim Einführen berührt, so daß Keime sicher nicht mit dem Tupfer eingeführt werden.

---

[1] Vortrag, gehalten in der 548. Sitzung vom 16. Juli 1906 der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Andererseits ist das Trauma, das die Vagina trifft, so gering, daß etwa vorhandene pathologische Keime nicht in das Gewebe hineingerieben werden, da das Austupfen zart ausgeführt wird. Es werden bei richtiger Ausführung etwaige kleine Scheidenrisse, die schon verklebt sind, nicht aufgerissen. Alle größeren Scheidenrisse werden sichtbar, so daß sie, wenn es nötig ist, genäht werden können. Beschwerden macht die Maßnahme nicht im geringsten. Das Austupfen wird mit Handschuhen ausgeführt, weil sie sich nach früheren Versuchen als nützlich erwiesen haben, da die Morbidität seit der Einführung der Handschuhe um etwa 9% gesunken war.

Um vorweg einen klaren Überblick zu gewähren, sollen zuerst die absoluten Morbiditätsziffern der letzten Jahre erwähnt werden.

Diese lassen keine weitere Deutung zu, da eben alle Fälle, die Fieber hatten, also auch Laparotomierte, Eklampsien, Symphysiotomien usw., kurz alle Pat. der geburtshilflichen Station, die Temperaturen über 38,5° im Rektum gemessen hatten, einbegriffen sind. Während im Jahre 1904 in summa noch 15,4%, im Jahre 1903 15,4%, im Jahre 1902 über 17,4% Fieber hatten, sank die Zahl der Fiebernden im Jahre 1905 auf 13,3% herab.

Es ist also die Summe der in der geburtshilflichen Station vorgekommenen Fieberfälle wesentlich geringer geworden, auch gegen das Vorjahr ist eine nicht unerhebliche Besserung vorhanden.

Genau so beweisend für die Brauchbarkeit der Methode ist die Zahl, die uns die reduzierte Morbidität angibt.

Von den 1471 Wöchnerinnen der geburtshilflichen Station, unter denen auch die laparotomierten Wöchnerinnen gezählt sind, kommen für die Statistik des Wochenbettes nicht die in Betracht, bei denen das Fieber nachweisbar nicht von den Genitalien ausging; so sind die Eklampsien in Abzug gebracht und die schon sicher infiziert, d. h. fiebernd eingelieferten Kreißenden.

Folgende Erkrankungen kamen vor:

1mal Erysypelas facili.
2mal Tympanitis uteri.
27mal Eklampsien.
3 Symphysiotomien.
4 Laparotomien:
2mal wegen Kystom.
1mal wegen Perityphlitis.
1mal wegen Uterusruptur.
3 draußen Entbundene, die fiebernd eingeliefert wurden.
4 Angina und Bronchitis.
5 Phthisis pulmonum.
(Nur solche mit Phthisiskurven wurden abgezogen. Phthisen waren sonst in viel größerer Menge vorhanden.)
2 Pleuritiden.
5 Pneumonien.

1 Polyarthritis.
15 Febris intra p.
3 Sectiones caesareae.
Summa 75.

Wenn diese 75 in Abzug kommen, bleiben im Jahre 1905 noch 122 fiebernde Wöchnerinnen übrig, bei denen das Fieber offenbar von den Genitalien ausging, d. i. 8,02%.

Sicher ist es, daß wir durch das Austupfen die natürlichen Schutzvorrichtungen, die dem Körper zur Verfügung stehen, die beim Spülen mit Wasser jedenfalls alteriert werden können, nicht schädigen. Wir wissen nach den Untersuchungen von Krönig, Menge, Döderlein, daß das saure Vaginalsekret zur Selbstreinigung dient und ferner, daß eine bestimmte Bakterienflora vorkommt, die aber für die Trägerin nicht nur nicht pathogen, sondern sogar ein Schutz gegen die Invasion pathogener Keime ist.

Durch das Austupfen entfernen wir nur die großen Blutgerinnsel, die sonst allmählich aufgelöst werden und auf die Schutzvorrichtungen der Scheide nur ungünstig wirken, jedenfalls die bakteriellen Verhältnisse der Vagina, genau so wie die Menstruation usw., beeinflussen können. Das Austupfen darf natürlich kein stärkeres Trauma sein. Denn daß man in der Medizin alles so machen kann, daß schließlich statt Nutzen Schaden entsteht, bedarf keines Beweises. Durch das Einsetzen des Spekulums und starkes Dehnen der Genitalien können natürlich Scheidenrisse wieder aufgerissen werden, und dann ist nach dem Austupfen die Vagina wieder mit Blut gefüllt und der gewollte Zweck ins Gegenteil verwandelt.

In die 8,02% Fieberfälle sind sämtliche fieberhafte Pat. der geburtshilflichen Station, mit Ausnahme der oben angegebenen eingerechnet. Also auch Pat., die auswärts entbunden waren, und hinterher, sei es wegen eines Dammrisses oder mangelnder Pflege die Klinik aufsuchen mußten. Ferner wurden in die Statistik eingeschlossen Pat., die auswärts halb entbunden waren, bei denen die Operation in der Klinik beendet werden mußte. Ferner war in anderen Fällen auswärts die Tamponade ausgeführt, oder eine Untersuchung vorgenommen. Diese Fälle konnten nicht als infiziert eingelieferte angesehen werden, weil die Symptome für die Infektion, namentlich eine Temperatursteigerung, noch nicht vorhanden war, obwohl die Wahrscheinlichkeit, oder jedenfalls die Möglichkeit einer auswärts stattgehabten Infektion gegeben ist. Mehr um den Ursachen des Fiebers nachzugehen, müssen noch folgende weitere Infektionsquellen genannt werden.

In 11 Fällen war die Kohabitation bis zu den Tagen des Eintrittes der Geburt ausgeübt worden. 14 Wöchnerinnen hatten sich selbst gespült. Diese schädigenden Momente fallen in einer Klinik fort, jedenfalls sind sie normalerweise nicht anzunehmen, sie müssen deshalb auch besonders erwähnt werden. Auswärts untersucht, tam-

poniert oder halb entbunden waren 24, dazu die 25 eben genannten Wöchnerinnen, bei denen eine Infektionsmöglichkeit außerhalb der Klinik bestand, die wir aber trotzdem bei der Morbidität von 8,02% mitrechnen. Es sind auch die gonorrhoischen Wöchnerinnen ohne Ausnahme eingerechnet, obschon auch bei ihnen manchmal durch diese Krankheit Fieber entstehen kann.

Die genaue Durchsicht der Fälle zeigt andererseits, daß die puerperale Selbstinfektion sicher nur in einem Minimum der Fälle als Ursache des Fiebers im Wochenbett anzusehen ist.

III.

Röntgenbestrahlung wegen starker, durch Myome hervorgerufener Menorrhagien[1].

Von

Dr. Görl.

Als Albers-Schönberg Ende 1903 Mitteilung davon machte, daß Kaninchen nach Röntgenbestrahlung der Hoden in einer Quantität, welche noch nicht einmal die Haut schädigt, völlig steril werden, fand diese Beobachtung bald Bestätigung durch Seldin und Heinecke. Als Ursache der Sterilität fanden die beiden letzteren übereinstimmend einen degenerativen Prozeß des Knäuelepithels der Testes. Durch diese Ergebnisse angeregte Untersuchungen von Tilden-Brawn ergaben, daß 18 Arbeiter einer Röntgenfabrik, welche längere Zeit — über 3 Jahre — sich den Einwirkungen der Röntgenstrahlen ausgesetzt hatten, völlig steril waren, ohne daß sie sonst Erscheinungen einer Röntgenverbrennung oder eine Beeinträchtigung der Libido sexualis hatten. Es sind demnach auch die Hoden des Menschen gegen Röntgenstrahlen äußerst empfindlich. Gleich empfindlich wie die männlichen sind nach Halberstädter die weiblichen Keimdrüsen.

Halberstädter konnte nach verhältnismäßig geringer Bestrahlung der Ovarialgegend von Kaninchen sowohl makroskopisch wie mikroskopisch in den Ovarien Atrophie der Follikel nachweisen.

Leider hat er keine Befruchtungsversuche angestellt und auch keine Versuche darüber, ob diese Atrophie schon nach kurzer Bestrahlung eine dauernde bleibt oder ob eine Regeneration der Follikel stattfindet, resp. ob erst nach länger dauernden intermittierenden Bestrahlungen — was wahrscheinlicher ist — die Follikel für immer zerstört bleiben.

---

[1] Vortrag, gehalten in der Nürnberger med. Gesellschaft und Poliklinik am 21. September 1906.

Ob übrigens die Ovarien der Menschen sich analog denen der Kaninchen verhalten, darüber dürfte außer den bis jetzt vorliegenden Versuchen vielleicht eine Umfrage in den Röntgeninstituten, die mit weiblichen Hilfskräften arbeiten, Aufschluß geben.

Dahin gehende Versuche hat bisher, soweit mir die Literatur zugänglich ist, nur Faveau de Courmelles gemacht. Er veröffentlichte in der Revue de therap. med. chirurg. — 15. Juni 1906 — Referat in der Münchener med. Wochenschrift — einen Bericht über 45 an Myomen leidende und mit Röntgenstrahlen behandelte Pat.

Die Myome wurden unter den Röntgenbestrahlungen kleiner, und die Blutungen verschwanden völlig, auch bei Frauen, bei welchen dem Alter nach Menses noch hätten eintreten können, so daß 38 Pat. als bedeutend gebessert — sie hielten sich subjektiv zum Teile sogar für ganz geheilt — entlassen werden konnten.

Er hat, soweit aus dem Referat ersichtlich und aus dem behandelten Materiale zu schließen ist, die Bestrahlungen vorgenommen, um die Myome direkt in Angriff zu nehmen, während ich bei dem im folgenden geschilderten Fall auf Grund der Halberstädter'schen Versuche eine Sterilisierung und damit eine Sistierung der Menorrhagien, vielleicht auch sekundär eine Verkleinerung der Myome zu erreichen versuchte, wobei ich sofort bemerken möchte, daß dieser Versuch gelang.

Die Pat., jetzt 40 Jahre alt, suchte im Jahre 1904 zum ersten Male wegen stärker und häufig werdender Menses ärztliche Hilfe auf, wobei als Ursache der Blutungen Myome konstatiert wurden. Da Pat. Bluterin ist, war an einen operativen Eingriff nicht zu denken und wurden deswegen Hydrastispräparate, anfangs intern, später per injectionem, im ganzen 50 Injektionen, versucht und dabei stets vom Eintritt der Menses an Bettruhe eingehalten. Trotzdem wurden die Blutungen immer intensiver und häufiger.

Die letzten Menorrhagien vor der Röntgenbehandlung, die ich schon im Oktober 1905 als unschädlichen Versuch vorschlug, waren: 4.—9. Juni, 25.—28. Juni, 23.—27. Juli, 15.—18. August, 9.—23. September, 7.—14. Oktober, 1.—7. November, 24. November bis 6. Dezember und 18.—23. Dezember.

Am 3. Januar 1906 wurde mit den Bestrahlungen begonnen, und zwar mit harten Röhren (10.—12. Wehnelt) so, daß 3 Bestrahlungen von der Bauchseite und 2 Bestrahlungen von der Rückenseite gegeben wurden. (Dauer je 10 Minuten.) Die ersten 13 Bestrahlungen waren ohne weiteren Einfluß, da die vom 13.—25. Januar und vom 9.—16. Februar vorhandenen Menses wieder so stark waren, daß Bettruhe erforderlich war. Nach der 22. Sitzung traten Blutungen vom 5.—11. März in schwächerem Maße ein, so daß diesmal Bettruhe nicht nötig war. Bis 20. März 1906 hatten 30 Röntgensitzungen stattgefunden.

Am 30. März trat wieder eine Blutung ein, welche sich, immer schwächer werdend, nie aber Bettruhe erfordernd, bis 12. Mai erstreckte. Vom 24. April bis 18. Mai wurde noch 8mal bestrahlt, danach reiste Pat. in das Gebirge, machte dort Hochtouren und nahm nach Rückkunft ihre gewohnten Schwimmbäder am 22. Juni wieder auf. Trotzdem stellte sich seit 12. Mai bis heute keine Spur einer Blutung mehr ein. Vorsichtshalber machte ich vom 16.—20. Juni noch 5 Bestrahlungen. Während der Bestrahlungen schon konnte ein Kleinerwerden der Myome konstatiert werden, was Pat. subjektiv daran merkte, daß sie jetzt größere Mahlzeiten einnehmen konnte, ohne den sonst gefühlten Druck im Magen zu verspüren. Das Befinden ist ausgezeichnet; irgendwelche Ausfallserscheinungen traten nicht ein, auch keinerlei Hautentzündungen.

Daß der Erfolg kein suggestiver ist, geht daraus hervor, daß seit der letzten Blutung schon über 4 Monate verflossen sind und vor allem aus der Art, wie die Blutungen allmählich schwächer wurden.

Auch der Einwand, daß zufälligerweise die Klimax eingetreten sei, dürfte hinfällig sein, da bekanntermaßen bei Myomkranken die Menses länger sich einstellen, wie gewöhnlich. Mein Fall, noch mehr die zahlreichen Fälle von Faveau de Courmelles beweisen, daß es möglich ist, bei der Frau durch Röntgenbestrahlung der Ovarien die Menses zum Verschwinden zu bringen. Sollten noch ausgedehntere Erfahrungen diese Beobachtung als absolut sicher feststellen, dann ist eine Sterilisierung durch Röntgenbestrahlung exakter zu erreichen, als durch die Kastration. Nach dieser können manchmal die Menses weiter bestehen, indem versprengte, bei der Operation nicht mit entfernte Ovarienkeime den Anstoß zu menstruellen Blutungen geben.

Durch die Röntgenstrahlen werden auch diese Keime ebenso wie die Ovarien selbst getroffen.

Ein weiterer Vorteil ist der, daß ebenso wie bei den männlichen, bei den weiblichen Keimdrüsen die innere Sekretion durch die Röntgenstrahlen scheinbar absolut nicht beeinflußt wird, indem bei der Frau sich keinerlei Ausfallserscheinungen einstellen, soweit dies aus dem Referat über die F.'schen Fälle und aus meinem Fall ersehen werden kann.

Wenngleich bisher, man kann fast sagen zufälligerweise, nur myomkranke Frauen mit Röntgenstrahlen behandelt wurden, so ist eigentlich gerade diese Kategorie von Pat. diejenige, welche, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, rationellerweise mit direkter Entfernung der krankhaften Neubildung chirurgisch behandelt werden sollte.

Dagegen ist vielleicht die Röntgenbestrahlung der Ovarien berufen, noch in den Fällen helfend einzugreifen, wo der Chirurg nicht oder nur schwer sich zu einer Operation entschließen kann.

Ich denke dabei besonders an die Fälle, bei welchen wegen Herz- oder Nierenerkrankungen oder aus sonst einem anderen Grunde schwere Menorrhagien vorhanden sind oder eine weitere Konzeption vermieden werden soll; wo aber die entsprechend auszuführende Operation eben wegen der Grunderkrankung mit großer Lebensgefahr verbunden ist.

Für derartige Kranke wird dann wohl auch eine geringere Anzahl von Röntgensitzungen — in meinem Fall im ganzen 43 Vollsitzungen — notwendig sein, da die Ovarien leichter von den Röntgenstrahlen getroffen werden, als wenn große Myome, vor den Ovarien liegend, wie im geschilderten Falle, die Hauptmasse der Röntgenstrahlen absorbieren. Die Art des Verfahrens selbst, 4—5 Vollsitzungen alle 4 Wochen, dürfte die richtige sein.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

549. Sitzung vom 16. Juli 1906.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr C. Backhaus.

Die beantragten Statutenänderungen werden einstimmig angenommen.

I. Herr Zweifel demonstriert einen Uterus carcinomatosus, bei dem wegen Umwachsung des linken Ureters derselben in einer Länge von 5 cm

reseziert und das proximale Ende des stark dilatierten Ureters in die Blase eingepflanzt wurde. Wir folgten dabei der uns von Herrn Franz in dieser Gesellschaft vorgetragenen Methode. Nach dem Abschluß der abdominellen Totalexstirpation wurde eine Zügelnaht aus feinem Catgut durch das Ende des Harnleiters gestochen, dann etwas höher eine Seidennaht durch die Wand desselben gezogen. Nach diesen Vorbereitungen wurde die Blase mittels einer kleinen Kornzange entgegengedrängt, auf die Spitze eingeschnitten, die Schleimhaut der Blase mittels Pinzetten besonders genau evertiert, die Zügelnaht mit der Kornzange gefaßt und das Ende des Ureters zwischen den Pinzetten in die Blase geleitet. Die Seidennaht wurde mit einer krummen Nadel von der Blasenschleimhaut aus mit beiden Fäden durchgestochen und außen einer der Fäden um eine kleine Gewebsbrücke geführt und beide geknotet. Die Heilung erfolgte unter Einlegen eines Dauerkatheters ganz glatt.

Es sind jetzt in der hiesigen Klinik binnen kurzem vier solche Einpflanzungen des Ureters in die Blase ausgeführt worden, von denen drei heilten.

Die zweite Demonstration betrifft eine Tuberkulose der rechten Niere, welche durch den Nachweis von Tuberkelbazillen im Harn des rechten Ureters genau diagnostiziert war. Nicht bloß die Niere ist überall in den Kelchen von tief eingefressenen Geschwüren durchsetzt, sondern auch der Ureter tief hinunter zu einem kolbigen Strange verdickt und voller Geschwüre. Es wurde der Ureter bis zum Beckenteile hinunter, bis dahin, wo er sich gesund anfühlte, exstirpiert, und zwar vom Lendenschnitt aus. Glatte Heilung.

Diskussion. Herr Franz (Jena) berichtet über 17 Ureterresektionen, die, mit Ausnahme von einem Fall, alle bei Karzinomoperationen gemacht wurden. Fünf Fälle starben sobald nach der Operation, daß über das Resultat der Einnähung des Ureters nichts gesagt werden kann. Von den übrigen 12, unter denen zwei doppelseitige Uretereinpflanzungen sind, sind alle, mit Ausnahme eines einzigen Falles, eingeheilt. Dieser eine Fall betraf ein Karzinom, das nicht mehr abdominal zu operieren war, ein Ureter war stark dilatiert. Man schnitt ihn durch und nähte ihn in die Blase ein. Die Frau starb nach einigen Wochen. Bei der Sektion zeigte sich im kleinen Becken, um den Uterus herum, ein Abszeß, in den der Ureter hineinmündete.

Fünf Fälle konnten längere Zeit nach der Operation cystoskopisch nachuntersucht werden, und bei vieren konnte eine vollständige normale Funktion des rechten Ureters und der rechten Niere, was Menge, mikro- und kryoskopisches Verhalten des Urins betraf, nachgewiesen werden. Bei einem Falle, wo ein Blasenkarzinom entfernt worden war, war der eingepflanzte Ureter nicht zu sehen, die Pat. aber vollständig beschwerdefrei. F. legt Wert darauf, daß der Ureter mit einem oder höchstens mit zwei Fäden in die Blase fixiert wird, auf die Weise, wie F. es schon beschrieben hat. Ist der Ureter dilatiert, so braucht man ihn nicht an seinem Ende zuzuspitzen oder einzuschneiden, bei normal weitem Ureter empfiehlt es sich. Muß bei einer Ureterresektion so viel vom Ureter weggenommen werden, daß seine Einnähung in die Blase nicht mehr möglich ist, so ist es besser die Niere zu entfernen; dasselbe muß auch bei kranker Niere geschehen. F. hat aus diesen Gründen je eine Niere entfernt.

Herr Freund (Halle). Bei sehr hochsitzenden Ureterläsionen, besonders bei Resektionen größerer Ureterstücke, wie sie sich zwar nicht bei Uteruskrebsoperationen, wohl aber bei Exstirpationen intraligamentärer Geschwülste ereignen können, ist eine Implantation des zentralen Ureterendes in die Blase gewöhnlich ausgeschlossen. Um dann eine Einpflanzung in den Darm oder die äußere Haut oder gar die Ausschaltung der zugehörigen Niere (Ureterunterbindung resp. Nephrektomie) zu umgehen, könnte man an eine plastische Verwendung der Tube als Uterersatz, wie ich dies bereits auf dem Kieler Kongreß mit Demonstrationen vorschlug, denken. An der Leiche erwies sich diese Uretero-salpingo-cystostomie als sehr leicht ausführbar. Während ich bisher diese Plastik an Hunden gewöhnlich nur auf einer Seite ausführte, habe ich die Brauchbarkeit der Methode nunmehr dadurch auf die Probe gestellt,

daß ich die Durchschneidung und Invagination (Franz'sche Methode) beider Ureteren in die benachbarten Segmente der Uterushörner einer Hündin unter gleichzeitiger Implantation des gemeinsamen Uterus in die Blase in einer Sitzung mit Glück ausführte. Der Hund, dem es dauernd gut ging, wurde nach 1/4 Jahre getötet. Die völlige Intaktheit der Nieren, Ureteren und Implantationsstellen beweisen die Tauglichkeit der Methode. (Demonstration des Präparates und einer schematischen Zeichnung der Plastik.)

Herr Veit (Halle) hat zweimal erfolgreich die Methode des Herrn Franz angewendet und ist deshalb sehr schwankend geworden, ob es für die Dauerresultate nicht besser ist, den in Karzinom eingebetteten Ureter zu resezieren, anstatt ihn herauszupräparieren. Der Ureter wird allerdings, wie Mackenrodt mit Recht betont, nicht oft krebsig — aber es kommt doch vor.

Mit der Methode von Franz fürchtet V. die Implantation des Ureters nicht.

Viel schlimmer ist die Implantation in den Darm, die er bei einem sonst völlig unoperierbaren Fall von Blasenerkrankung bei noch eben beweglichem Uteruskarzinom vornahm; die Pat. befand sich 6 Tage lang gut, erlag dann aber. Keine Sektion.

Herr Franz bemerkt Veit gegenüber, daß die Einnähung des Ureters in den Darm nicht angezeigt ist, da die Pat. nach den bisherigen Erfahrungen alle an aufsteigender Pyelonephritis zugrunde gehen. Wenn sehr viel Blase weggenommen werden muß, so soll man immer versuchen, eine Blase zu bilden. Er hat das einmal mit Erfolg getan, wo mehr als die Hälfte Blase entfernt werden mußte und wo beide Ureteren in den Rest eingepflanzt wurden. Es entstand nur eine sekundäre Blasenfistel.

II. Herr Thies: Über Fieber im Wochenbett im Jahre 1905.

(Erscheint in dieser Nummer als Originalmitteilung.)

Diskussion. Herr Zweifel: Es dränge ihn, zu dem Vortrage des Herrn Thies das Wort zu ergreifen, weil dieser eine Frage betreffe, an der er ein erklärliches Interesse besitze.

Vor allem sei bemerkenswert, daß auch in einem neuen Jahre mit neuen großen Ziffern sich die Herabsetzung der Morbidität gleich gehalten habe, und wenn ihm seinerzeit nach der ersten Veröffentlichung eingewendet worden sei, daß er auf zu kleine Zahlen seine Schlüsse gezogen habe, so seien jetzt zu den früheren neue und nach Tausenden zählende mit dem gleichen Ergebnis hinzugekommen.

Schon in der ersten und zweiten Veröffentlichung habe er den Wert der Statistik auf Zahlen aus der gleichen Klinik gelegt, weil manches im Dienst und den Verhältnissen einer Klinik so verschieden von anderen sei, daß sich die Fieberziffern nicht leicht zur Begründung eines bestimmten Verfahrens vergleichen lassen.

Es sei in der Leipziger Frauenklinik im Laufe der letzten 10 Jahre mehrmals eine wichtige Änderung eingeführt worden, die stufenweise die Morbidität herabgesetzt habe, und zwar für die Dauer, so daß sich darin die Statistik bewährt habe.

Die erste dieser Änderungen war die Einführung der Handschuhe, welche — selbstverständlich nur nach vorausgegangener Desinfektion — vom Jahre 1898 an in der Regel und immer bei allem Verdächtigen, dann aber von 1901 an ohne Ausnahme für alle Untersuchungen und Operationen angewendet worden seien. Es habe dies die vorher erzielte Morbidität um ca. 9% herabgesetzt.

Vom Jahre 1902 an wurde das Stillen mit Warzenhütchen eingeführt, und zwar so, daß die Wöchnerinnen angehalten wurden, dies nie ohne solche zu tun, um die Entzündungen der Brustdrüsen zu verhüten, mit einer neuen Erniedrigung der Fieberfälle, und im Jahre 1903 das regelmäßige Austupfen der Blutgerinnsel 4—6—12 Stunden p. p. mit einer weiteren und seit 3 Jahren anhaltenden Abnahme der Fieberfälle.

Das seien doch Tatsachen, welche, je mehr Zahlen hinzukommen, um so beweisender seien, daß auch dem Austupfen der Blutgerinnsel am ersten Tage des Wochenbettes eine fieberverhütende Wirkung zukomme.

Es ergebe die Zusammenstellung der Zahlen von Herrn Thies, daß, wenn alle Wöchnerinnen hinzugezählt werden, welche überhaupt Fieber bekamen, ihre Zahl nur 13,3% betrage, und wenn diejenigen Fälle abgezogen würden, wie Eklampsien, Kaiserschnitte, Symphysiotomien und die fiebernd und schon entbunden Eingelieferten die Morbidität 8,2% ausmache, also gegenüber der vom Redner für das Jahr 1904 berechneten von 7,8% gleich geblieben sei.

Auf die weiteren Zahlen und Reduktionen des Herrn Thies legt Redner keinen Wert.

Herr Veit (Halle): Die Diskussion über den gehörten Vortrag ist für mich nicht ganz leicht, da ich mich allerdings in dieser Materie in einem prinzipiellen Widerspruch mit dem Herrn Vortr. und unserem hochverehrten Herrn Vorsitzenden befinde. Zwar sind die statistischen Ergebnisse der puerperalen Morbidität, bezogen auf Axillarmessungen, und unter Festhalten an der Temperaturgrenze von 38° aus der Hallenser Klinik vielleicht nicht direkt mit den Zahlen der Leipziger Klinik zu vergleichen; jedenfalls hat sich mir für das Jahr 1905 eine Morbidität, unkorrigiert (und nur auf die unkorrigierte Morbidität würde ich Wert legen), von etwa 20% ergeben. Diese Zahl ist also jedenfalls höher als die von Herrn Thies berichtete. Aber mich erinnert diese ganze Frage sehr lebhaft an die Zeit, als ich als Assistent die geburtshilfliche Station übernahm; mein Vorgänger hatte eine glänzende Gesundheitsziffer seiner Entbundenen erreicht und schob das darauf, daß er unmittelbar post partum jede Wöchnerin intra-uterin mit einer schwachen Karbolsäurelösung ausspülte; natürlich mußte ich das auch fortsetzen — aber meine Resultate waren sehr traurig, und der Grund war klar; von auswärts war mir ein infizierter Fall eingeliefert, und ich mußte diesen lokal behandeln und die frisch Entbundenen intra-uterin ausspülen; trotz aller Vorsicht erkrankte nun die Mehrzahl aller Entbundenen. Ich fürchte, daß mit dem Verfahren der Leipziger Klinik auf die Dauer dasselbe passieren wird. Nach einigen günstigen Jahren werden schlechtere Jahre kommen.

Aber selbst wenn in der Klinik die Schädigung durch den Unterricht mit diesem Verfahren beseitigt werden kann und die Morbidität von 20% auf 13% heruntergeht, so bin ich doch nicht in der Lage das Verfahren anzuwenden. Weil Herr Thies einen Appell an uns Anstaltsleiter richtet, so möchte ich ihm den Grund meines ablehnenden Verhaltens sagen. Schon daß der einzige Kollege, der das Verfahren ehrlich prüfte, es sofort wieder aufgab, macht bedenklich; aber ich kann nicht glauben, daß es für die Praxis erlaubt ist, ein solches Verfahren anzuwenden. 4 Stunden post partum die Wöchnerin, welche der Ruhe bedarf und sich ihrer freut, noch einmal an ihren Genitalien anrühren, scheint mir durch die Absicht der Verringerung der Morbidität nicht berechtigt. Wenn der Herr Vortr. sagt, daß eine gewisse Geschicklichkeit dazu nötig ist, und daß kleine Risse natürlich aufgerissen werden, so wird dem Praktiker, der nicht alltäglich in dieser Übung bleibt, die nötige Geschicklichkeit abgehen, und es kann nur allzu leicht dazu kommen, daß, wenn in einer kleinen Stadt der eine Geburtshelfer die Frauen in Ruhe läßt, während der andere 4 Stunden post partum die Coagula entfernt, die Frauenwelt vor dem letzteren die zu Entbindenden warnt.

Wissenschaftlich ist der Versuch sehr interessant; er zeigt, wieviel auf Fäulniskeime von dem Fieber zu setzen ist. Aber praktisch kann ich mich mit dem Verfahren nicht befreunden; das »Ausstinken« der Wöchnerinnen, wie es Credé schildert, ist sicher unschädlicher.

Ich hoffe, daß es gelingt, ein Verfahren zu erfinden, das die Vorteile beibehält, die Nachteile aber vermeidet. Ich möchte deshalb den Herrn Vortr. bitten, mir die Morbidität der nur Ausgespülten anzugeben.

Ich habe versucht, die Fälle von Cervixnaht aus meiner Klinik zum Vergleich mit heranzuziehen, da bei diesen unmittelbar nach der Naht doch kein Tropfen Blut mehr abgeht, diese Frauen sich also in bezug auf die Blutcoagula so gut befinden wie die Ausgetupften. Im 1. Jahre Morbidität dieser Cervixnaht zu meiner Überraschung nur 10%; im 2. und 3. Jahr aber 50% und darüber. Das Fehlen des Blutes allein tut es also nicht.

Ich erkenne das wissenschaftlich Interessante der Methode gern an, aber für die praktische Geburtshilfe ist es unanwendbar; da wir aber nicht für die Schule, sondern für das Leben unterrichten, lehre ich das Verfahren nicht.

Herr Zweifel: Es wird keiner der Anwesenden sich wundern, wenn ich zum zweiten Male das Wort ergreife, um die Angriffe des Herrn Veit zu parieren. Herr Veit läßt nicht gelten, daß die Zahlen irgend etwas zugunsten der geübten Behandlung beweisen und erklärt dies aus seiner früheren Erfahrung. Er meint, daß dies auf Zufall beruhe und auf gute Jahre schlechtere folgen können. Tatsächlich ist aber jetzt die Methode in fast 3 Jahren mit durchweg gleich gutem Erfolg in Übung und eine Verschlechterung nicht gekommen, noch in Aussicht.

Herr Veit läßt auch nicht gelten, daß die Zahlen von Leipzig mit 13,3% Gesamtmorbidität irgend etwas zugunsten der hier geübten Behandlung beweisen, trotzdem er in Halle 20% Gesamtmorbidität hat, weil er in der Klinik in Halle bei den Cervixrissen, bei denen genäht und auch das Blut vollständig ausgewischt worden sei, eine viel größere Morbidität erhalten habe als wir in Leipzig mit dem Austupfen. Demgegenüber bemerke ich, daß denn das doch eine Beweisführung ist, gegen die entschiedener Widerspruch erhoben werden muß. Woher sind denn die Cervixrisse gekommen? Gewöhnlich von den Operationen. Was ist denn da vorhergegangen, wo man die Cervixrisse nähen mußte? Und diese Zahlen sollen die günstige Wirkung des Austupfens bei den normalen Wöchnerinnen widerlegen? Ich kann auf solche Argumente nur das eine antworten: »Wenn je eine Statistik nicht beweisend war für das, was sie beweisen sollte, so ist es diese.«

Ferner bemerkte Herr Veit, daß der Unterschied zwischen den Achsel- und den Analmessungen mit 0,5° C zu hoch sei und leicht eine günstigere Gruppierung seiner Zahlen herauskommen könnte, wenn er die Fiebergrenze von 38,0° C auf 38,1 oder 38,2° C ansetzen würde. Darauf muß ich entgegnen, daß auch dieser Einwand ungerechtfertigt ist. Nach lange Zeit durchgeführten vergleichenden Messungen hatte sich als richtigste Differenz zwischen Achselhöhle und Anustemperatur 0,4° C ergeben, wobei aber Schwankungen vorkamen bis zu 0,6 und 0,7° C reichlich ebensooft wie 0,3 und 0,4° C. Es sind aber unsere Zahlen seit 9 Jahren alle Analmessungen und nur unter sich verglichen.

Ich lasse auch nicht gelten, daß durch die Analmessungen ein günstigeres Bild gegenüber den Axillarmessungen gewonnen werde, weile viele Temperaturerhöhungen in der Achselhöhle der Beobachtung entgehen, welche bei der Analmessung noch entdeckt werden. Da die Analmessungen viel genauere Ergebnisse hatten, bin ich seinerzeit dringend gebeten worden, dieselben dauernd in der Klinik eingeführt zu lassen, und ich habe dies zugegeben, obschon ich einsah, daß die Zahl der Fieberfälle dadurch erstaunlich hoch ausfiel. Darum halte ich auch daran fest, daß die hier erreichte Besserung nicht zufällig sei.

Das Wiederaufgehen von kleinen Scheidenrissen ist mir in keinem der selbst ausgeführten Austupfungen vorgekommen, allerdings habe ich auch nie bei genähten Dammrissen das Austupfen vorgenommen oder vorzunehmen empfohlen, sondern hier nur Ausspülungen.

Daß die Behandlung zu Credé's Zeiten unschädlicher gewesen sei, stimmt nicht mit den Tatsachen, doch will ich mich auf eine Widerlegung dieser nicht gerade geschmackvoll gewählten Sentenz nicht einlassen. Aber das muß ich aussprechen, daß es die größte Übertreibung der Opposition ist, eine Behandlungsart für schädlicher zu erklären, bei der die fötiden Lochien kaum mehr vorkommen und die Lochien überhaupt nur wenige Tage leicht gefärbt fließen und dann ganz versiegen, bei welcher 92% völlig fieberfreie Wochenbetten erzielt werden, trotz regelmäßiger und zahlreicher Untersuchungen durch Studenten und Hebammen. Es ist mit Credé's Grundsätzen schon deswegen kein Vergleich mehr möglich, weil Credé in jener Schrift von gesunden Wöchnerinnen mit und ohne Fieber schrieb, also noch fiebernde Wöchnerinnen teilweise als gesund erklärte. Endlich der Einwurf, daß eine solche Wöchnerinnenbehandlung im Privathause bei den

Frauen abschreckend wirken müßte und bald ein junger Arzt, der sie auszuführen wagen würde, dies zu seinem Schaden bemerken müßte, ist offenbar dazu bestimmt, gegen die Maßregel ein Vorurteil zu schaffen. Ich habe bei den Damen meiner Privattätigkeit dieses Austupfen schon jahrelang vorgenommen und habe dabei erlebt, daß alle auf die Erklärung hin, daß man dies zur Verhütung von Fieber unternehmen wolle, es mit der größten Bereitwilligkeit und Gelassenheit vornehmen ließen.

Warum aber auch diese Betonung der Praxis, während ich schon in der ersten Veröffentlichung darauf hinwies, daß Spülungen als Ersatz nötig seien, da 95% der Entbindungen in Deutschland von Hebammen geleitet werden und bei diesen ein Austupfen undenkbar sei. Es gehen aber in vielen Fällen die Blutgerinnsel mit dem Spülen nicht ab.

Man wird jederzeit für eine Maßregel, die in Hinsicht der Fieberverhütung nützlich ist und, richtig gemacht, nicht im geringsten schaden kann, mit der Angabe des Zweckes bei klugen Frauen Zustimmung finden. Auf den Beweis, daß in dieser Hinsicht das Austupfen nützen könne, kommt es allein an, und da soll Herr Veit erst einmal ehrlich an Hunderten oder Tausenden den Versuch machen lassen und Tatsachen sammeln, wenn er an der Erledigung dieser Frage teilnehmen will.

Herr Thies (Schlußwort): T. betont, daß als reduzierte Morbiditätsziffer die Zahl 8,02 gelte. Doch habe eine weitere Zergliederung eine gewisse Berechtigung im Vergleich zu den Zahlen anderer Statistiken, z. B. der von Kroemer. Es zeigte sich ferner, daß in fast allen Fällen eine näherliegende mögliche Ursache für die ektogene Infektion zu finden ist, so daß nur selten eine Selbstinfektion angenommen zu werden braucht. Es ließ sich feststellen, daß im ganzen bei nur sehr wenig Fällen von 1500 die Möglichkeit der ektogenen Infektion sich nicht nachweisen ließ.

III. Herr Scharpenack: Ein Fall von verjauchter Hämatokele mit Skelettierung des Fötus.

Bei der Pat. war von ihrem Arzte vor $1^1/_2$ Jahren — und zwar 2—3 Monate nach ausgebliebener Periode — Extra-uterin-Gravidität, bald darauf Ruptur des Fruchtsackes konstatiert worden. Pat. verweigerte die Operation, wurde, da nach Bildung eines kindskopfgroßen Hämatoms des Lig. lat. die Blutung stand, mit Belastungstherapie etwa $^1/_4$ Jahr lang behandelt. 4 Monate später suchte sie den Arzt wieder auf wegen eitrigen Ausflusses. Der Arzt diagnostizierte Vereiterung der Hämatokele — der Tumor reichte bis zum Nabel — und machte Elytrotomie, die Massen von Eiter entleerte. Nach 14 Wochen verließ Pat. das Krankenhaus mit eiternder Fistel — und kam nach weiteren 12 Wochen in die Leipziger Klinik. Befund: trichterförmig nach hinten ausgezogenes hinteres Scheidengewölbe — an der Spitze des Trichters eine eiternde Fistelöffnung — in der die Sonde auf einen festen Körper stieß —, wie sich herausstellte, ein Schädelknochen. Erweiterung der Fistel — Ausräumung des Eitersackes, der die mazerierten Skelettknochen eines ca. 6 Monate alten Fötus enthielt. Drainage, Spülungen. Verlauf glatt. Entlassung nach 4 Wochen.

Merkwürdig ist an dem Falle der Umstand, daß nach Elytrotomie bei 14wöchiger Krankenhausbeobachtung der einschmelzende Föt als Quelle der fortgesetzten Eiterung sich der Diagnose entzog. Der Fall spricht dafür, bei Pat., die auf Arbeitsfähigkeit angewiesen sind, die exspektative Behandlung einer Hämatokele nicht über eine gewisse Zeit auszudehnen, sondern baldmöglichst zu operieren.

IV. Herr Ebert demonstriert eine Placenta mit partieller Blasenmolenbildung.

Dieselbe stammt von einer 43jährigen VIIpara, die vier reife und zwei Frühgeburten geboren hat, die letzte rechtzeitig vor 4 Jahren. Vor 2 Jahren Operation nach Alexander-Adams. Im 8. Schwangerschaftsmonate trat eine geringe Blutung auf. In der Klinik erfolgte einige Tage später die Spontangeburt des Kindes und der Placenta. Wegen Nachblutung wurde 2 Stunden p. p. ausgetastet und Placentarreste entfernt. Das Wochenbett war ungestört. Die Placenta wiegt 840 g, ist 24×23 cm groß, 3—4 cm dick, sehr schlaff und weich, die uterine Fläche

zerfetzt und zerklüftet. Neben offenbar normalem Zottengewebe finden sich zahlreiche trüb durchsichtige, zum Teil etwas gefurchte und mit filzigen Auflagerungen versehene Blasen von Grieskorn- bis Kirschgröße. In der Wand der Blasen sind überall gut gefüllte Gefäße sichtbar. Die Blasendegeneration ist nicht gleichmäßig über die ganze Placenta verbreitet, manche Stellen sind nur wenig verändert, an anderen Stellen ist kaum mehr unverändertes Zottengewebe erkennbar. Das Kind, 1720 g schwer, 43 cm lang, starb $1/2$ Stunde p. p. Es zeigte eine Reihe von Mißbildungen, an beiden Händen sechs Finger, am rechten Fuß sechs Zehen, eine Palatoschisis, eine völlige Aplasie der Nn. und Bulbi olfactorii. Ferner bestand ein linsengroßer Defekt im Ventrikelseptum, eine Persistenz des Ductus omphalamesentericus und ein gemeinsames Mesenterium des Dünn- und Dickdarmes. Beide Hoden lagen in der Bauchhöhle, oberhalb der Lin. innominata. Mikroskopisch fanden sich neben ganz normalen Zotten alle Übergänge zu ausgesprochener Blasenmolenbildung. An den wenigen veränderten Zotten zeigt das Stroma größere Lücken, die Zellen sind etwas vermindert, die Gefäße zahlreich, ohne Veränderungen. Das Epithel ist etwas gewuchert, häufig zweischichtig, mit zahlreichen Syncytiumsprossen, ohne degenerative Veränderungen. An den stärker aufgetriebenen Zotten bildet das Stroma ein weitmaschiges Netz von Stern- und Spindelzellen. An der Peripherie eine Anzahl größere Gefäße, sehr wenige Kapillaren. Das Epithel ist gleichsam zu einem schmalen Saume platter, wenig protoplasmareicher Zellen verdünnt, ziemlich reichlich flache Syncytiumsprossen mit zusammengeballten, intensiv gefärbten Kernklumpen. An manchen sind die Kerne blaß und unregelmäßig konturiert. An den größten Zellen ist das Stroma im Zentrum ganz zugrunde gegangen. An der Peripherie verlaufen in dem weitmaschigen Netz der gut erhaltenenen Stromazellen vereinzelte größere Gefäße. Das Epithel besonders dort, wo größere Blasen aneinander liegen, etwas gewuchert, die Kerne sind von sehr verschiedener Färbbarkeit und Größe, die Zellen stellenweise nekrotisch, das Protoplasma körnig und mit zahlreichen kleinen Vakuolen durchsetzt.

Über die Ätiologie ist wenig bekannt. Man nimmt Erkrankungen der Mutter und des Eies als Ursachen an. Allgemeinerkrankungen der Mutter, Nephritis, Diabetes oder Lues bestanden nicht, auch keine Symptome für eine Erkrankung des Endometriums. Die Ovarien waren nicht cystisch degeneriert, wie eine spätere Untersuchung ergab. Die zahlreichen schweren Mißbildungen an der Frucht lassen annehmen, daß es sich in diesem Fall um eine Erkrankung des Eies selbst handelt, wenn auch zu bedenken ist, daß die Entstehung der beschriebenen Bildungsanomalien in einen sehr frühen Zeitpunkt der Keimentwicklung verlegt werden muß, während die Zottendegeneration offenbar erst später eingesetzt war, wie man bei der in bezug auf Größe und Gewicht guten Entwicklung der Frucht annehmen muß.

---

2) Société d'obstétrique et de paediatrie de Paris.

Paris, **G. Steinheil,** 1905.

Sitzung vom 13. November 1905.

Potocki und René Quinton: Über subkutane Infusion von isotonischem Meerwasser bei pädatrophischen und frühgeborenen Kindern.

Eine größere Reihe von Veröffentlichungen haben die Überlegenheit des Meerwassers über die physiologische Kochsalzlösung bei der subkutanen Infusion dargetan. In sechs eigenen Fällen schien den Verff. die Wirkung des Meerwassers direkt eine spezifische zu sein. Sie gaben das Wasser in Dosen von 30—60 ccm alle 1—2 Tage bei Kindern von 3—5 kg Körpergewicht; bei Frühgeborenen in noch geringeren Dosen. Das Meerwasser selbst war von besonderer Qualität und entsprechend vorbereitet; es war aus einer Tiefe von 10 m entnommen, durch Zusatz von reinem Quellwasser isotonisch gemacht und im Chamberlandfilter sterilisiert. Es kam nie später als 2—3 Wochen nach der Entnahme zur Verwendung. Die genaue Beachtung dieser Vorschriften erscheint den Verff. als von größter Bedeutung.

Es folgt die genaue Wiedergabe der Krankengeschichten nebst Kurven und Tabellen, aus denen die günstige Wirkung der eingeschlagenen Therapie erhellt. Besonders auffällig ist der Erfolg bei zwei frühgeborenen Kindern einer Drillingsgeburt — das dritte Kind war sofort gestorben —, die am 9. Tage post partum 1300 bzw. 1500 g wogen, und bei denen sich im Verlaufe der nächsten 4 Wochen eine Gewichtszunahme von 1000 g einstellte.

Doléris: Über die Behandlung der puerperalen Infektion.

D. gibt im Anschluß an die vorangegangenen Debatten der früheren Sitzungen in der vorliegenden Arbeit einen umfassenden Überblick über die verschiedenen in Frage kommenden Punkte und über den Standpunkt, den er diesen gegenüber einnimmt.

Zunächst bricht er eine Lanze für die Anwendung der Curette. Besonders für die infiziert eingelieferten Fälle, bei denen man nicht weiß, ob in der Uterushöhle noch Teile zurückgeblieben sind oder nicht, wo überhaupt die Ursache der bestehenden Infektion unklar ist, scheint dem Verf. die Curettage das einzig rationelle therapeutische Verfahren zu sein. Sie bildet das Analogon zu der gleichartigen, energischen Behandlung, die der Chirurg den infizierten, schmutzig belegten Wunden zuteil werden läßt. Im Hinblick auf die Dicke der infizierten Partien und des festen Sitzes der vorhandenen Beläge scheint es unmöglich, durch einfache Spülung den gleichen therapeutischen Effekt zu erzielen. Es darf jedoch mit dem Eingriffe nicht gezögert werden, wenn er nützen und nicht schaden soll. Eine weitere Bedingung des Gelingens ist die exakte Anwendung einer geeigneten Technik. Die von D. seit langer Zeit angewandte und erprobte ist die folgende: Zunächst genügende Erweiterung des Muttermundes; dann methodische Ausführung der Abrasio mit genügend großer Curette; ausgedehnte Uterusspülung mit anschließender Injektion von 200 g reinen Alkohols, Uterustamponade mit feuchter, in Kreosotglyzerin getauchter Jodoformgaze und event. Drainage.

Der Vorwurf, daß man hierbei neue Infektionswege öffne, erscheint dem Verf. im Hinblick auf die folgende Dauerspülung hinfällig; es wäre außerdem in gleicher Weise auch die digitale Ausräumung zu machen.

Von 100 infizierten Fällen, die auf diese Weise behandelt worden waren, starben 5 (5%); von den infiziert eingelieferten dagegen 30%. Die Gesamtmortalität von ca. 4500 in der Klinik entbundenen Frauen betrug 0,1%. Die wegen Abortes ausgeführten Curettagen (539) ergaben eine Mortalität von 1,4% bzw. — auf die infizierten Fälle bezogen — von 2,75%; hierbei spielt der artefizielle Abort eine große Rolle.

Die Kolpotomie wurde von D. 22mal ausgeführt, und zwar nur dann, wenn eine lokalisierte Eiterung vorzuliegen schien. Bis auf einen Fall, in dem es schon zu einer Allgemeininfektion gekommen war, waren die Eingriffe erfolgreich gewesen.

Was die Totalexstirpation angeht, so erkennt D. an, daß es Fälle gibt, in denen diese Operation indiziert ist, beispielsweise beim Vorhandensein isolierter, intramuraler Abszesse. Jedoch ist die Diagnose derartiger Fälle schwer zu stellen, und die Indikation daher der Erfahrung und dem Takte des Operateurs zu überlassen.

Alles in allem: Die sachgemäße intra-uterine Behandlung des Puerperalfiebers gibt, wenn richtig angewandt, ausgezeichnete Resultate; nur darf sie nicht erst einsetzen, wenn die Infektion die Uterusgrenze bereits überschritten hat.

Sitzung vom 11. Dezember 1905.

Lalesque (Arcuchon): Über die subkutane Infusion von Meerwasser in der Kinderheilkunde.

Das Wasser wurde in der gleichen Weise, wie oben erwähnt, gewonnen, isotonisch gemacht und sterilisiert. Die bei einem 2jährigen und einem neugeborenen Kind erzielten Erfolge waren eklatant. Im ersten Fall erhielt das Kind täglich eine Infusion von 10, im anderen von 50 ccm jeden 2. Tag. Das Neugeborene, dessen Gewicht 2 Monate nach der Geburt nur 2300 g betragen hatte, wog nach

Ablauf weiterer 2 Monate 5 kg, ohne daß eine andere Nahrung als Muttermilch neben den Infusionen gegeben worden war.

Diskussion über einen Fall von Totalexstirpation wegen Fäulnis des Fötus und Stenose des Collums.

Le Lorier demonstriert eine Reihe von mikroskopischen Präparaten, die ein starkes Ödem des Collums erkennen lassen.

Wallich ist der Ansicht, daß eine Dilatation des Muttermundes nicht zu erwarten war, daß aber im Hinblick auf die bestehende Infektion die Porro'sche Operation mehr indiziert gewesen sei.

Lepage redet ebenfalls auf Grund eines unglücklich verlaufenen Falles dem schnellen und radikalen Eingriffe das Wort.

Bousse de Saint Blaise erinnert an einen Fall von Ödem des unteren Uterinsegmentes. Pathognomonisch für derartige Fälle kann ein gleichzeitig auftretendes Ödem der Regio suprapubica sein.

Pinard bemerkt, daß ein derartiges suprapubisches Ödem stets den Verdacht auf eine drohende Uterusruptur erwecken müsse.

Legueu: Über die prophylaktische Behandlung der bei Uteruskarzinom entstehenden Anurie.

Das durch Kompression der Ureteren und die dadurch bedingte Anurie bedrohte Leben ist schon mehrfach durch Anlegen von Nierenfisteln künstlich verlängert worden. L. hat auf diese Weise eine Pat., bei der sich kein Urin mehr auf dem natürlichen Weg entleerte, noch 10 Monate am Leben erhalten können.

Pinard hält den beschriebenen Fall für außerordentlich beachtenswert und zollt Legueu seinen Beifall dafür, daß er sich nicht bei seinem Vorgehen von irgendwelchen Gefühlsempfindungen habe leiten lassen (!).

Richelot: Über einen Fall von Metritis cervicalis tuberculosa.

Im Anschluß an den Vortrag Petit's »Über die Diagnose des beginnenden Uteruskarzinoms usw.« bespricht der Verf. zunächst seine Erfahrungen auf diesem Gebiet. Er zitiert eine Reihe von Fällen, in denen der Verlauf der Erkrankung in grellstem Widerspruche mit dem erhobenen klinischen Befunde gestanden hatte: einerseits ganz beginnende, für die Operation scheinbar höchst geeignete Fälle von Karzinom, bei denen schnell das Rezidiv auftrat und andererseits scheinbar inoperable Fälle, die dauernd geheilt blieben. Der Grad der Malignität spielt demnach eine große Rolle.

Eine Verwechslung in diagnostischer Beziehung kann zuweilen vorkommen, nämlich mit der Metritis cervicalis tuberculosa. Einen solchen Fall hat R. beobachtet. Die Diagnose wurde erst nach Exzision eines Stückes gestellt, und bei der Operation machte die Affektion durchaus den Eindruck eines vorgeschrittenen Karzinoms.

Der genaue, im Original ausführlich wiedergegebene mikroskopische Untersuchungsbefund (Cornil) zeigte, daß die tuberkulöse Affektion nur die tiefer gelegenen Partien, Submucosa und Muscularis, betroffen hatte, während die Schleimhaut von einer einfachen Entzündung befallen war. Vagina, Uterus und Tuben waren in gleicher Weise ergriffen; nur die Ovarien erwiesen sich frei von Tuberkulose. Die in den erkrankten Partien gelegenen Gefäße erwiesen sich als stark erweitert und von Riesenzellen durchsetzt. Hieraus und aus der Art der Lokalitation der Erkrankung ist zu schließen, daß es sich um eine auf dem Blutwege zustande gekommene Infektion handelte.

Petit: Über die Diagnose des beginnenden Uteruskarzinoms, insbesondere des ulzerierenden Epithelioms der Portio vaginalis.

Die sekundäre Ausbreitung des Uteruskrebses erfolgt in einer so verschiedenen Weise, besonders was die Schnelligkeit derselben anlangt, daß z. B. nach der Operation eines scheinbar ganz im Beginne des Entstehens befindlichen Karzinoms in wenigen Wochen das Rezidiv auftritt. Wir haben verschiedene Anhaltspunkte, die auf die mehr oder minder große Malignität der beobachteten Geschwulst hinweisen: die Jugend der Pat., etwa vorliegende Schwangerschaft, gleichzeitig be-

stehende Syphilis, Form und Aussehen der zelligen Elemente im mikroskopischen Bild usw.

Die Art der Entstehung und Ausbreitung des Karzinoms bringt es mit sich, daß es in der Nachbarschaft zu einer Blutstauung mit Hämorrhagien kommt, während die beginnende Allgemeininfektion in der durch die Kachexie bedingten Abnahme des Körpergewichtes zum Ausdrucke kommt. Der Blutbefund scheint einige weitere Anhaltspunkte zu geben; doch sind diese zurzeit noch zu unsicherer Natur. Von einer gewissen Bedeutung ist ferner das Auftreten der bekannten kleinen Angiome der Haut, falls diese nicht kongenitaler Natur sind.

Der Verf. geht nun dazu über, die Symptome der einzelnen Formen des Uteruskarzinoms zu schildern, ohne im großen und ganzen wesentlich Neues zu bringen.

Bemerkenswert ist etwa noch die ironische Schärfe, mit der er die Existenz eines Adenoma malignum ableugnet, »jener Erkrankung, die die Operationsstatistiken jenseits des Rheins so beschämend für uns macht«. »In Frankreich ist man entweder krebskrank oder man ist es nicht.«

Faure führt aus, daß die Zukunft der Karzinomoperationen seiner Meinung nach nicht in der Ausdehnung der Operation, sondern in dem Streben nach Frühoperation beruhe. Trotzdem zieht er die Laparotomie vor und erzielt dabei gute Resultate. Er sieht den Hauptvorteil derselben in der ausgedehnten Entfernung der Parametrien und der Vagina, die jedoch nur nach Unterbindung der Hypogastricae und exakter Freilegung der Ureteren möglich sei.

Doléris erklärt sich in längerer Erörterung als Gegner der ausgedehnten Operationen nach Wertheim u. a., von deren Nutzen er sich nach den bis jetzt vorliegenden Statistiken nicht überzeugen könne.

Faure hebt demgegenüber nochmals die Vorteile der Laparotomie hervor. Er empfiehlt den vaginalen Weg nur für die beginnenden Karzinome bei Personen, bei denen eine größere Operation kontraindiziert ist, und für die Fälle, die für eine Radikaloperation zu weit vorgeschritten sind.

Pinard bekennt sich wiederholt als Gegner der »komplizierten« Operationen, durch die auch nur in wenig vorgeschrittenen Fällen gute Erfolge zu erzielen seien. Er bleibt auf Grund seiner Erfahrungen Anhänger der vaginalen Methode. Das Hauptgewicht sei stets auf die Frühoporation zu legen.

Doléris bemerkt gegenüber Faure, bei inoperablen Karzinomen erscheine ihm die bis jetzt übliche Behandlung (ausgedehnte Curettage, Kauterisierung usw.) zweckmäßiger als die von Faure vorgeschlagene Totalexstirpation.

Richelot ist im allgemeinen mit seinen durch die vaginale Totalexstirpation erzielten Erfolgen zufrieden. Er führt die Laparotomie nur als Palliativoperation aus, nie aber bei lokalisiertem Karzinom oder beweglichem Uterus, und zwar aus zwei Gründen: Erstens glaubt er, Vagina und Parametrien auf vaginalem Wege »fast« ebensogut entfernen zu können, als durch die Laparotomie, und zweitens ist er der Ansicht, daß nach der Laparotomie die Rezidive ebenso schnell und zahlreich auftreten, als nach der vaginalen Operation.

Engelmann jun. (Dortmund).

Neueste Literatur.

3) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. X. Hft. 2.

1) v. Franqué (Prag). Über tödliche Affektionen der Magen- und Darmschleimhaut nach Laparotomien, nebst Bemerkungen zur Melaena neonatorum.

v. F. berichtet über zwei eigene Beobachtungen, in denen es zu einer tödlichen Blutung aus post operationem entstandenen Magenulzerationen kam. In dem einen Falle fand sich die Magenschleimhaut übersät von Hunderten kleiner Erosionen, die mit schwärzlichen Blutgerinnseln bedeckt waren, nach deren Entfernung kleine offene Gefäße freigelegt wurden, in dem anderen Falle fand sich an der kleinen

Kurvatur und an der hinteren Magenwand je ein größerer Substanzverlust, in der Mitte der einen ein arrodiertes Gefäß.

Die Entstehung der Geschwüre führt Verf. mit v. Eiselsberg auf retrograde Embolie im Pfortadersystem zurück.

Auf ähnliche Weise läßt sich auch die Entstehung der Melaena vera neonatorum erklären, indem ein in der Vena umbilicalis gebildetes Gerinnsel leicht in die Pfortader und deren Wurzelgebiet gelangen kann. Die Seltenheit einer Gerinnselbildung in der Nabelvene erklärt die Seltenheit der Melaena.

Ferner berichtet v. H. über zwei Fälle, in denen es bei rein äußerlicher Anwendung des Sublimats in der zur Desinfektion üblichen Konzentration 1:1000 (Sublimatumschlag und Sublimatscheidenspülung) zu tödlichen Intoxikationen kam. v. Herff warnt auf Grund dieser Beobachtung vor der doppelten Anwendung des Sublimats zur Desinfektion der Bauchhaut und der Scheide vor Laparotomien.

2) F. A. Kehrer (Heidelberg). Die okzipito-sakralen Vorder- und Hinterscheitellagen.

Die okzipito-sakralen Scheitellagen kommen vor bei weitem Becken, bei geradoval oder querverengtem Becken, bei stark lordotischer Lendenwirbelsäule, bei ungewöhnlich rundem, kleinem oder weichem Kindskopfe, bei Handvorfall neben dem Kopf oder gleichzeitig eintretendem kleinen Beckentumor.

Für die Therapie kommt Lagerung auf die Seite des Hinterhauptes in erster Linie in Betracht. Vor der Ausführung der manuellen Drehungen des Kopfes warnt K. Dagegen wird bei Gefahr für Mutter oder Kind und andauernder Tokostase die Zange notwendig. Für die Ausführung derselben empfiehlt K. neben der doppelten Anlegung nach Scanzoni in erster Linie die von ihm angegebene sog. Siebenerdrehung, die er vielfach mit bestem Erfolge angewendet hat.

3) Schmaus (München). Über einen Ovarialtumor mit chorionepitheliomartigen Metastasen im Peritoneum.

Verf. liefert einen Beitrag zu der Frage, inwieweit man aus einer chorionepithelähnlichen Struktur eines Tumors auf dessen Herstammung vom fötalen Ektoderm schließen darf. Bei einer ungefähr 1 Jahr nach operativer Entfernung eines Ovarialtumors, des myomatösen Uterus und seiner Adnexa verstorbenen 49jährigen Pat. ergab die Obduktion eine ausgebreitete, in Form zahlreicher bis erbsengroßer Knoten auftretende mit Exsudation in die Peritonealhöhle verbundene Neubildung von dem Charakter der sog. Endothelkrebse; das große Netz war besonders der Sitz der Geschwulst. Histologisch zeigte die Struktur des Netztumors weitgehende Übereinstimmung mit der eines Chorionepithelioms. Der Primärtumor zeigte im wesentlichen den Typus eines Adenokarzinoms. Gewisse Zellformen des Ovarialtumors stimmen mit denen des Peritonealtumors überein, so daß es näherliegend erscheint, den letzteren als Metastase aufzufassen, als eine unabhängige Genese für denselben anzunehmen. Der Gesamtbefund ergibt, daß ein richtiges Chorionepitheliom sensu strictiori nicht vorliegt; es handelt sich um einen Tumor, der in seinem ersten Auftreten bloß bei der mikroskopischen Untersuchung einzelne Merkmale besitzt, welche auf eine gewisse Ähnlichkeit mit einem Chorionepitheliom hinweisen und diese Merkmale erst im weiteren Verlaufe bei der Metastasenbildung stärker zum Ausdruck bringt.

4) Kermauner (Heidelberg). Placenta praevia cervicalis.

37jährige XIII-para. Im 5. Monate plötzlich abundante Blutung. In Narkose Eingehen durch die Placenta, Wendung und Extraktion der Frucht, manuelle Placentarlösung. Exitus letalis.

An dem aufgeschnittenen Uterus fand sich die Placentarstelle an der vorderen Wand bis fast zum Fundus reichend, in der unteren Hälfte von beiden Seiten auf die hintere Wand hinüberreichend, daselbst in Höhe des inneren Muttermundes ein Stück von 2,5 cm freilassend. In der vorderen Cervixwand fand sich ebenso wie in dem Falle von Ahlfeld und Aschoff eine Erscheinung, die nur als direkte Spaltung des Cervixgewebes aufzufassen ist; eine Teilung in zwei ungleich dicke Lamellen, von denen die äußere den Placentarboden vergrößert, die andere die Placenta auch noch zum Teil innerhalb des Cervicalkanales überkleidet.

5) K. Hegar (Freiberg). Über Infantilismus und Hypoplasie des Uterus.

H. unterscheidet drei verschiedene Entwicklungsstörungen des Uterus: 1) den Uterus infantilis mit gleichzeitiger Hypoplasie; 2) den Uterus infantilis, der mehr oder weniger ausgewachsen ist, und 3) den Uterus pubescens. Der Darstellung sind die in der Literatur überlieferten genauen Beobachtungen und 30 Fälle aus dem Material der Freiburger Klinik zugrunde gelegt.

Eingehend wird die Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der Entwicklungsstörungen besprochen.

6) Kownatzki (Berlin). Blutuntersuchungen bei Puerperalfieber.

Aus der mikroskopischen Untersuchung des Blutes ergeben sich folgende Fingerzeige für die Prognose des Puerperalfiebers: Prognostisch günstig ist: Keine oder geringe Schädigung des neutrophilen Blutbildes, Vorhandensein eosinophiler Zellen; prognostisch ungünstig ist: Leukocytose um 50000, schwere Schädigung des neutrophilen Blutbildes, Fehlen eosinophiler Zellen, starke Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen; auf Besserung deutet: Besserung des neutrophilen Blutbildes, Auftreten bzw. Vermehrung der eosinophilen Zellen; auf Verschlimmerung deutet: Verschlechterung des neutrophilen Blutbildes, Verminderung bzw. Verschwinden der eosinophilen Zellen; prognostisch absolut infaust ist: Auftreten von Poikilocytose, verbunden mit Polychromasie und Kernhaltigkeit der roten Blutkörperchen.

7) Frankenstein (Kiel). Über die künstliche Blasenfüllung bei gynäkologischen Operationen, insbesondere bei Laparotomien, als Mittel zur Verhütung nachfolgender Harnverhaltung und zur Ausschaltung toter Räume im Becken.

Die von Werth zur Verhütung der nach Laparotomien auftretenden Harnverhaltung empfohlene künstliche Füllung der Blase hat sich sehr bewährt. Die Blasenfüllung erfolgt bei horizontaler Rückenlage oder nur geringer Beckenhochlagerung, und zwar bei noch offener Bauchhöhle, um durch direkte Beobachtung kontrollieren zu können, daß ein mittlerer Spannungsgrad der Blasenwand erzielt wurde. Zur Füllung wurde 2%iges Borwasser, in der letzten Zeit 0,9%iges steriles Salzwasser, gelegentlich unter Beimengung von 10—20 ccm Jodoformemulsion benutzt.

Mit Hilfe dieser Methode gelang es bei Laparotomien eine Herabminderung der Harnverhaltung im Mittel um 45,3% zu erzielen (Statistik über 875 Laparotomien aus den Jahren 1896—1905). Auch nach der Alexander-Adams'schen Operation gelang es, die Ischurie durch die Blasenfüllung um 12,5—22,2% herabzusetzen, während diese Herabsetzung bei vaginalen Operationen nur 16,9% betrug.

Von größtem Wert ist ferner die künstliche Blasenfüllung zur Ausschaltung toter Räume im Becken.

8) Hellendahl (Tübingen). Bakteriologische Beiträge zur puerperalen Wundinfektion.

H. beschäftigt sich in dem II. Teile seiner Untersuchungen mit der Frage über die Bedeutung des infizierten Fruchtwassers bei Mutter und Kind. Er konnte experimentell feststellen, daß ein Durchwandern virulenter, stark eigenbeweglicher Bakterien durch die intakten Eihäute als durchaus möglich angenommen werden muß. Die Bakterien verbreiten sich zwischen Uteruswand und Eihäuten aufwärts und dringen durch die Eihäute in das Fruchtwasser.

Ferner kann durch die Tuben vom Peritoneum her eine Infektion der Fruchtsäcke erfolgen, sie findet in einfach kontinuierlicher Weise statt, nicht auf dem Blutwege, sondern, indem die Bakterien die Fruchtsäcke durchwachsen. Die Infektion der Eiblase von den Gefäßen der Uteruswand aus spielt, wenn überhaupt, nur eine untergeordnete Rolle, dagegen stellt die Infektion des Fruchtwassers von der Placenta her durch die Eihäute eine wichtige, regelmäßig wiederkehrende Tatsache dar.

Durch Verschlucken von Fruchtwasser, durch vorzeitige Atmung und durch spontane Immigration der Bakterien in die Körperöffnungen kann eine Einwande-

rung von Keimen in den Fötus erfolgen. In den Fällen von Allgemeininfektion ist ihre Entstehung im allgemeinen von den Lungen abzuleiten. Auch experimentell wurde der Beweis erbracht, daß eine Bakterieneinwanderung in den Fötus vom Respirationstraktus, vom Digestionstraktus und vom Querschnitte des Nabelstranges aus erfolgen kann, und es zeigt sich auch experimentell die Lunge als Haupteingangspforte der allgemeinen Sepsis.

Bei intraamniotischer Infektion kann der Fötus intra-uterin oder post partum absterben. Die Ursache des post partum eintretenden Todes ist entweder eine reine bakterielle Bronchopneumonie oder eine allgemeine Sepsis mit Bronchopneumonie. Auch eine Allgemeininfektion, die vom Darm ausgeht, ist möglich.

Auch für die Mutter ist die Infektion des Fruchtwassers, wie sie im Fieber innerhalb der Geburt zum Ausdruck kommt, von großer Bedeutung. Der wichtigste ätiologische Moment für das Fieber intra partum ist der vorzeitige Blasensprung, die Außeninfektion spielt beim Fieber intra partum eine weit größere Rolle als die Aszendenzinfektion.

Aber auch bei stehender Blase kann Fieber intra partum eintreten. H.'s Versuche beweisen die Tatsache einer bakteriellen Infektion der Eihöhle bei intakter Eiblase.

Aus der Höhe des Fiebers in der Geburt läßt sich für den Wochenbettverlauf keine Prognose ableiten.

Durch den üblen Geruch des Fruchtwassers wird die Prognose für das Wochenbett nicht getrübt, eher ist ein leichter Verlauf zu erwarten.

Reifferscheid (Bonn).

Verschiedenes.

4) **R. Palm** (München). Beitrag zur Hyperemesis gravidarum.

(Deutsche Praxis 1906. Nr. 4.)

P. steht auf dem Standpunkte von Fritsch, daß der Hyperemesis durchaus nicht eine einheitliche Ätiologie zugrunde liege; die verschiedenen Fälle, die er genauer mitteilt, bieten schöne Paradigmata der verschiedenen Theorien von Kaltenbach, J. Veit u. a., die aufgebaut sind auf die Erfolge der therapeutischen Maßnahmen. Für die wichtigste Errungenschaft aus den neueren Lehren hält P. die Einschränkung des künstlichen Abortes. So unbedingt wie früher bildet die Hyperemesis gravidarum nicht mehr die Indikation zur Einleitung desselben, wenn es auch gewiß immer wieder Fälle geben wird, bei denen das ganze konservative Rüstzeug versagt, und bei denen nur die Entfernung des Eies den schlimmsten Ausgang abwenden kann, mag man über das Wesen der Hyperemesis gravidarum einer Anschauung huldigen, welche es auch sei. **Zurhelle** (Bonn).

5) **J. W. Williams** (Baltimore). Perniziöses Schwangerschaftserbrechen.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1906. März.)

Unter Berücksichtigung wohl der gesamten einschlägigen Literatur, deren reiches Verzeichnis er am Schluß gibt, und gestützt auf eigene Erfahrungen an sehr sorgfältig beobachteten Fällen, rollt Verf. in geistreicher, klarer Sprache das Bild der bezüglich ihrer Ätiologie und der pathologisch-anatomischen Befunde bei ihr noch so wenig geklärten Komplikation der Schwangerschaft auf.

Auf die Einzelheiten der Arbeit kann hier nicht eingegangen werden. Nur die vom Verf. am Schluß aufgestellten Sätze seien wiedergegeben.

Das perniziöse Schwangerschaftserbrechen beruht nicht auf nur einem einzigen ätiologischen Faktor; man muß drei Formen unterscheiden, die reflektorische, neurotische und toxämische.

Das reflektorisch ausgelöste perniziöse Schwangerschaftserbrechen hat seinen Grund in Abnormitäten der Generationsorgane und kann durch Beseitigung der ersteren geheilt werden.

Die neurotische Form ist bedingt durch eine Neurose ohne nachweisbare Läsionen und ist mehr oder weniger vergesellschaftet mit Hysterie. Sie ist die häufigste Form des schweren Erbrechens und kann durch Suggestion oder eine modifizierte Ruhekur geheilt werden.

Die toxämische Form ist begleitet von charakteristischen Veränderungen in den Stoffwechselprodukten und, wenigstens in letal verlaufenden Fällen, von Schädigungen in der Leber, welche analog sind denen bei akuter gelber Atrophie.

Dieser Typ tritt in akuter oder chronischer Form auf; die erstere führt in 10 oder weniger Tagen zum Tode, während die letztere Wochen und Monate bestehen kann.

Bei der reflektorischen und neurotischen Form finden sich keine nachweisbaren Veränderungen im Urin, während die toxämische charakterisiert ist durch eine deutliche Abnahme des Stickstoffes, ausgeschieden als Harnstoff, und eine ebenso deutliche Zunahme in seiner Ausscheidung als Ammoniak. Der sog. Ammoniakkoeffizient stieg in einem Falle des Verf.s von 3 auf 46%.

Die toxämische Form wird festgestellt durch eine Urinuntersuchung, die reflektorische durch sorgfältige bimanuelle Untersuchung der Genitalien, und die neurotische durch Ausschluß der beiden anderen.

Die Prognose ist sehr gut bei dem reflektorischen und neurotischen Typ, zweckmäßige Behandlung, event. Unterbrechung der Schwangerschaft vorausgesetzt. Bei dem toxämischen kann einem fatalen Ausgange nur durch eingeleiteten Abort vorgebeugt werden, aber die Prognose ist stets dubiös.

Unter den vom Verf. beobachteten und mit allen Untersuchungsbefunden genau beschriebenen Fällen waren vier von der toxämischen Form mit zwei Todesfällen, zwei ohne Abort geheilte von der neurotischen und ein ebenfalls (mit Abort) geheilter von dem vom Verf. sogenannten präeklamptischen Typ.

Eversmann (London).

6) **M. W. Myer** (Columbia). Appendicitis in der Gravidität.

(Amer. journ. of obstetrics 1906. März.)

Von den 143 Fällen, die zur Beobachtung gelangten, fielen 52 in die Zeit der Schwangerschaft und wurden nicht operiert; 69 Fälle wurden während der Schwangerschaft operiert; 22 Fälle, operativ und nicht operativ behandelte, fielen ins Wochenbett. M. konnte nicht finden, daß Schwangerschaft zur Appendicitis prädisponiere. War aber eine Appendicitis vorausgegangen, so kam gewöhnlich wieder ein Anfall während der Schwangerschaft und nahm dann einen ernsteren Verlauf, wie Perforation und Abszeßbildung in 50% dieser Fälle beweisen.

Uterus, Adnexe und Uterusinhalt können leicht während der Schwangerschaft infiziert werden von einem appendicitischen Abszeß. Es walten dieselben chirurgischen Grundsätze, ob nun die Appendicitis mit Gravidität kompliziert ist oder nicht. Die Operation selbst hat keinen störenden Einfluß auf die Schwangerschaft. Kein einziger Fall von operierter chronischer, rekurrierender Appendicitis verlief gestört. 57% der Fälle, in denen es zur Abszeßbildung kam, abortierten, ohne Rücksicht auf die Behandlungsmethode.

Jede nur mögliche Rücksicht muß bei der Operation auf den schwangeren Uterus genommen werden, da die Prognose um so günstiger sich gestaltet, je länger der Zeitraum ist zwischen Operation und Abort bzw. Geburt.

Abort oder Geburt innerhalb 24 oder 48 Stunden nach der Operation gaben eine mütterliche Sterblichkeit von 55%, d. h. eine Sterblichkeitszunahme von 23% über die andere solcher Fälle. Die durchschnittliche fötale Mortalität betrug 40%.

Zurhelle (Bonn).

7) **M. Wunsch** (Berlin). Über die Anwendung von Ölklistieren bei der chronischen Obstipation der Brustkinder.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 11.)

W. fand, daß durch die Ölklistiere, nachdem alle anderen Mittel versagt hatten, ein bleibender Erfolg und die Beseitigung der chronischen Obstipation

des Brustkindes erzielt wurde, während die Leibmassage nur einen temporären Erfolg zeitigte.

Die Anwendung von Ölklistieren bei Säuglingen erscheint somit weiterer Versuche wert, zumal gerade die chronische Obstipation des Brustkindes als ein sehr hartnäckiges Übel die Geduld des Arztes wie die der Mutter auf eine harte Probe stellen kann. **Zurhelle** (Bonn).

8) A. Wassmuth (Innsbruck). Über zwei durch Collargolinjektion geheilte Fälle von Septikämie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 49.)

In beiden Fällen gelangte ausschließlich eine 2%ige wäßrige Lösung von Collargol (Argentum Credé) zur Verwendung. Die Injektion erfolgte nach den Vorschriften von Credé in die Vena mediana. Irgendwelche schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Puls und Atmung blieben vollständig unverändert. 2—4 Stunden nach der Injektion hob sich das Allgemeinbefinden der Kranken ganz außerordentlich. Ihre nervösen Erscheinungen, wie Delirien, Eingenommenheit und Kopfschmerzen, besserten sich, obwohl die Temperatur sich keineswegs gleich erniedrigte, sondern in beiden Fällen trat nach der Injektion am nächsten Tage noch eine Steigerung der Temperatur auf, wenn auch die Kurve schon gleichmäßiger verlief. W. hebt besonders das außerordentlich günstige Allgemeinbefinden hervor, das sich schon kurze Zeit nach der Injektion einstellte, und das er mit einer Entgiftung des Organismus in Zusammenhang bringt. Mit Schade nimmt W. an, daß die elektrokatalytische Kraft der kolloiden Form der Metalle auch im Organismus ihre Tätigkeit entfaltet und eine rasche Oxydation der Gewebe herbeiführt, die wiederum eine Entgiftung der im Körper kreisenden Ptomaine bewerkstelligt und dadurch eine rasche Besserung des Allgemeinbefindens herbeiführt. **Zurhelle** (Bonn).

9) T. Wyder (Zürich). Die Ursachen des Kindbettfiebers und ihre Entdeckung durch J. Ph. Semmelweis. (Mit Semmelweis' Bildnis.)

Berlin, 1906.

Der Leser findet in dieser kleinen, auch dem Laienpublikum verständlichen Schrift das Wesentlichste über Semmelweis' Persönlichkeit und Lebenswerk in übersichtlicher trefflicher Darstellung. Sie scheint insbesondere für Studierende sehr geeignet. **Michel** (Koblenz).

10) Ödön Tuszkai (Budapest). Kardiopathie und Schwangerschaft.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 407. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1906.)

Auf Grund ausgedehnter vergleichender Beobachtungen des Herzens und Pulses in den einzelnen Schwangerschaftsstadien bei Gesunden und bei Herzkranken ist Verf. zu folgenden Schlüssen gekommen:

Das Schwinden der Labilität des Pulses, Blutdrucksteigerung und Vergrößerung der Herzdämpfung in der Mitte der Schwangerschaft ist höchstwahrscheinlich der Ausdruck einer bei vielen Schwangeren normalerweise sich einstellenden Herzhypertrophie. Mit dieser ist vielleicht auch die Schwangerschaftsniere in ätiologischen Zusammenhang zu bringen. Kehrt aber bei gleichzeitiger Abnahme des Blutdruckes die Labilität des Pulses wieder, so bedeutet dies den Beginn einer Dilatation. Bradykardie im Wochenbett, Anasarka und Varikosität sind sehr häufig deren Folgen.

Bezüglich der Prognose teilt Verf. die Herzleiden in drei Gruppen ein. Zur ersten gehören alle die Fälle, in denen ein schon bestehendes Herzleiden durch eine Schwangerschaft kompliziert wird. Da sich hierbei meist schon bald Herzdilatation und Kompensationsstörungen einstellen, so ist die Prognose schlecht. Zur zweiten Gruppe rechnet Verf. alle die Fälle, in denen ein schon vorher bestehendes, aber latent gebliebenes Herzleiden (besonders häufig nach Infektionskrankheiten!) während der Schwangerschaft erst manifest wird. Hier hängt die

Prognose davon ab, ob sich eine Dilatation ausbildet. Am ehesten ist dieselbe an der wieder auftretenden Labilität des Pulses — die infolge der Schwangerschaftshypertrophie verschwunden war — zu erkennen. Tritt eine solche Herzdilatation bald auf, so ist auch hier die Prognose schlecht. Zur dritten Gruppe gehören die spezifischen Schwangerschaftshypertrophien.

Zur Differentialdiagnose mit Gruppe 2 ist eine genaue Beobachtung des Pulses absolut notwendig. Verliert derselbe seine Labilität während der ganzen Dauer der Schwangerschaft, so handelt es sich nur um eine physiologische Hypertrophie, oder, wenn Geräusche vorhanden sind, um ein funktionelles Leiden, dessen Prognose aber gut ist — sofern eben die Labilität nicht wiederkehrt. Nicht ausgeschlossen aber ist es, daß eine Gravidität durch die Veränderung der Blutbeschaffenheit auf mechanischem Weg auch organische Herzleiden zu verursachen vermag. **Michel** (Koblenz).

11) **H. Grube** (Hamburg). Der vordere Scheiden-Leibschnitt, seine Technik und Indikation. (Mit inter operationem aufgenommenen Situationsbildern.)

(Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Frauenheilk. u. Geburtsh. Bd. VI. Hft. 8.)

Verf. bevorzugt bei der operativen Behandlung der Retroflexio, der Adnextumoren, der Tubargravidität und vieler Myome den vaginalen Weg. Er ist ein besonderer Freund der Vaginäfixur, die er auch bei durch Adnextumoren fixierter Retroflexio empfiehlt. Bei der sog. »tiefen« Vaginäfixur hat er nie Geburtsstörungen beobachtet. Die beigegebenen, sehr gut gelungenen photographischen Aufnahmen erläutern die einzelnen Phasen der Operation. Im Anhange gibt Verf. eine Übersicht über eine Serie von 70 von ihm ausgeführten Kolpotomien. Es sind meist Vaginäfixuren mit oder ohne Wegnahme der Adnexe. Darunter ist ein Todesfall. **Michel** (Koblenz).

12) **E. Eckstein** (Teplitz). Nur gebildete Hebammen!

(Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Frauenheilk. u. Geburtsh. Bd. VII. Hft. 1a.)

Hebammen mit einer gewissen universellen Vorbildung sind unbedingt notwendig, da nur solche die mit diesem Berufe verbundene immense Verantwortung gebührend einschätzen können. Die im Hebammenwesen zurzeit bestehenden unleidigen Verhältnisse (»Das jetzige Hebammenwesen ist in seiner inneren und äußeren Gestaltung nichts weiter als ein staatlich konzessioniertes Kurpfuschertum!«) machen es aber einer gebideten Frau unmöglich, diesen Beruf zu ergreifen. Eine Umgestaltung des ganzen Hebammenwesens ist darum dringend erforderlich. Die Anforderungen zur Aufnahme müssen erhöht, der Unterricht wissenschaftlicher gestaltet und die Kursdauer verlängert werden. Der Staat muß außerdem diesen Hebammen ein Existenzminimum zusichern. Vorbedingung ist aber die Vermehrung von staatlichen Bildungsstätten für die weibliche Jugend zur Erlangung einer Allgemeinbildung. **Michel** (Koblenz).

13) **A. Magnus-Levy.** Einfluß sexueller Vorgänge auf den Stoffwechsel.

(Sonderabdruck aus v. Noorden's Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels.)

Der Reihe nach wird der Einfluß der Menstruation, der Schwangerschaft und des Puerperiums, sowie der Kastration auf den Stoffwechsel besprochen. Es zeigt sich dabei leider, wie wenig exakte und wirklich brauchbare Untersuchungen über das obige Thema vorliegen, und wie viele wichtige Fragen da noch ihrer Lösung harren. — Die Darstellung ist kurz und übersichtlich. Ein ausführliches Literaturverzeichnis ist jedem Kapitel beigegeben. **Michel** (Koblenz).

14) **F. Ahlfeld** (Marburg). Antefixatio uteri, Übertragung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 7.)

A. vermutete auf Grund theoretischer Erwägungen, daß die Schwangerschaft bei operativ antefixiertem Uterus länger dauere und der Geburtseintritt sich ver-

zögere. Diese Vermutung fand A. bestätigt durch zwei eigene Beobachtungen und durch das Studium der diesbezüglichen Literatur. Soweit in der Beschreibung solcher Fälle von Geburten nach vorausgegangener Antefixatio uteri die letzte Menstruation und der Geburtstermin angegeben waren, fand sich, daß in einem auffällig hohen Prozentsatz bei antefixiertem Uterus eine Übertragung vorkommt.

Eine Erklärung glaubt A. darin zu sehen, daß bei der Verschiebung des Cervicalkanales im Verhältnis zur Beckenachse die Entfaltung des oberen Teiles des Kanales gegen Ende der Schwangerschaft ausbleibt. **Zurhelle** (Bonn).

15) **H. Schneider** (Berlin). Der Desinfektionswert von Lysoform bei mäßig erhöhter Temperatur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 6.)

Das Lysoform steht zwar von den neueren Desinfektionsmitteln hinter den Kresolseifen an Desinfektionskraft zurück, hat aber vor diesen Vorzüge in anderer Hinsicht, die seine Bevorzugung von vielen Seiten leicht erklärlich erscheinen lassen. Seine Lösungen riechen vor allem so gut wie gar nicht; sie haben sehr geringe Giftigkeit und ätzen nicht. S. macht nun besonders aufmerksam auf das sprunghafte Hinaufschnellen der Desinfektionswirkung bei nur mäßig gesteigerter Temperatur. Er empfiehlt auf Grund seiner Untersuchungen, allgemein warme Lysoformlösungen anzuwenden, rät aber, hierbei nicht wesentlich über 40° C hinauszugehen, weil sonst, zumal bei offenen Gefäßen mit großen Oberflächen, Verflüchtigung von Formaldehyd eintritt. **Zurhelle** (Bonn).

16) **E. Kehrer** (Heidelberg). Zur Lehre von der embryogenen Toxaemia gravidarum.

(Sammlung klin. Vorträge, N. F. Nr. 398. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1905.)

Nach Verf.s Ansicht sind die meisten Schwangerschaftsstörungen und -Veränderungen auf die Wirkung embryogener Toxine — im weitesten Sinne des Wortes — zurückzuführen, allerdings unter gleichzeitiger Annahme einer weiteren allgemeinen oder lokalen Disposition im Einzelfalle, sowie außerdem noch in vielen Fällen einer auslösenden Ursache. Insbesondere für die Eklampsie erscheint ihm dies bewiesen. An der Hand der sorgfältigst gesammelten Literatur bespricht Verf. in diesem Sinne der Reihe nach die einzelnen Störungen, als Hyperemesis, Ikterus, akute gelbe Leberatrophie, Hämoglobinurie, Purpura, Hämaturie, Albuminurie, Eklampsie, Chorea, Tetanie, Epilepsie, Lähmungen und Polyneuritis. Osteomalakie, Hautveränderungen und die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Gravidität werden zum Schluß abgehandelt. Verf. fügt hier und da den Literaturangaben eigene Beobachtungen bei, von welchen besonders ein Fall von merkwürdiger Hautaffektion von großem Interesse ist. **Michel** (Koblenz).

17) **W. G. Ruppel** (Höchst). Über Antistreptokokkenserum.

(Med. Klinik 1905. Nr. 27 u. 28.)

Auf Verf.s Veranlassung haben die Höchster Farbwerke neuerdings ein Streptokokkenserum hergestellt, das ähnlich dem Aronson'schen ein Gemisch zweier Sera darstellt, von denen das eine seine Entstehung Kulturen verdankt, deren Virulenz durch Tierpassage für Tiere bedeutend gesteigert ist, während das andere von Pferden stammt, die mit verschiedenen, vom Menschen stammenden Streptokokkenstämmen direkt behandelt worden sind. Da letztere für viele Tiere absolut avirulent sind, so ist es so wenigstens möglich, bezüglich des ersten Komponenten das Serum vor seinem Gebrauch durch Tierversuche kontrollieren zu können. Daß eine solche Kontrolle notwendig ist, beweist der Umstand, daß R. bei nur einem von fünf mit den gleichen Stämmen vorbehandelten Pferden im Serum namhafte Schutzstoffe nachweisen konnte. — Interessant für die Frage der Arteinheit der Streptokokken ist der Umstand, daß dieses vom Menschen stammende Serum auch bei Pferden mit Druse und Petechialfieber mit gutem Erfolg angewandt worden ist. — Eine möglichst frühzeitige Anwendung des Serums in verhältnis-

mäßig großer Dosis (50 g) erscheint angeraten. Eine Schädigung durch das Serum ist bislang nicht bekannt geworden. **Michel** (Koblenz).

18) **R. Klapp** (Bonn). Die Saugbehandlung (mit 12 Abbildungen).

(Berliner Klinik 1906. Februar.)

Allgemeines und Technisches über die Behandlung von Entzündungen mittels der von Verf. und Bier wieder inaugurierten Saugbehandlung. Den Gynäkologen werden insbesondere die Angaben über die Behandlung der Mastitis interessieren. Das billige Heftchen ist wegen der klaren Diktion und kurzen Fassung besonders zu empfehlen. **Michel** (Koblenz).

19) **A. H. Queissner** (Bromberg). Beitrag zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri.

(Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Frauenheilk. u. Geburtsh. VII. Bd. Hft. 1.)

Bei der mobilen Retroflexio empfiehlt Verf. — abgesehen von der Alexander-Adams'schen Operation — vor allem die Vaginäfixur. Dabei eröffnet er immer das Peritoneum und näht, um Blasenstörungen zu vermeiden, das vordere Peritonealblatt auf die hintere Blasenwand. Von fünf Fällen, in denen er das Peritoneum uneröffnet gelassen hatte, traten in zweien Rezidive auf. Auch zur Behandlung der Retroflexio mit Adnexerkrankungen bevorzugt Verf. die Vaginäfixur. Ein »eigenes« Verfahren befolgt Verf. zur Beseitigung der mit Descensus vaginae verbundenen Retroflexio in solchen Fällen, in denen die Konzeptionsfähigkeit erhalten bleiben soll. Nach Eröffnung des Abdomens mit Pfannenstiel'schem Querschnitt läßt er sich von der Vagina aus den Fundus entgegenschieben. Derselbe wird mittels einer mit Gaze armierten Kornzange gefaßt, ebenso die Adnexe. Dann werden dicht oberhalb der Symphyse Fascie und Peritoneum an beiden Seiten mit einer Kornzange durchbohrt, die Ligamenta rotunda werden 3—4 mm vom uterinen Ansatz gefaßt und mit Silkworm auf der Fascie fixiert. So vermeidet Verf. das Einführen eines Fingers in die Bauchhöhle! — Bei älteren Frauen dagegen empfiehlt sich die Vaginäfixur mit vorderer Kolporrhaphie. Menstruieren sie noch, so pflegt Verf. sie durch Tubendurchtrennung zu sterilisieren. Die Tubenstümpfe werden übernäht. **Michel** (Koblenz).

20) **F. Ahlfeld** (Marburg). Die Rehabilitierung der Hand als geburtshilfliches und chirurgisches Werkzeug.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 49.)

A.'s Anschauungen in diesem Aufsatze sind dieselben, wie er sie in seinen umfangreichen Arbeiten über die Desinfektion der Hand (letzte Arbeit s. Zentralblatt für Gynäkologie 1906, Nr. 3) früher niedergelegt hat. Er fügt nur zum Schluß noch folgende Sätze hinzu:

In etwa 5% der Fälle werden bei Operationen, bei denen mit spitzen Instrumenten gearbeitet wird, die Gummihandschuhe defekt und verlieren ihren schützenden Wert. Dieser Umstand wird um so schwerere Konsequenzen in bezug auf die Prognose haben, wenn, was zu befürchten ist, bei regelmäßigem Gebrauch der Handschuhe, die vorauszuschickende Händedesinfektion an Genauigkeit der Ausführung leiden wird. A. betont, daß nicht er das Dogma von der Unfehlbarkeit der Alkoholdesinfektion ausgesprochen hat, sondern daß seine Gegner ihm dies untergelegt haben.

A. kam es in diesem Aufsatze darauf an, der menschlichen Hand wieder zu ihrem Rechte zu verhelfen und den Ärzten zur Seite zu stehen und sie zu beraten, die durch die überaus lebhafte Agitation gegen die Möglichkeit, die menschliche Hand unbehandschuht für den Gebrauch in der Chirurgie und Geburtshilfe nutzbar machen, irre geführt, ängstlich geworden sind oder gar, wenn sie seinen Ratschlägen folgten, angegriffen wurden. **Zurhelle** (Bonn).

21) **M. Hofmeier** (Würzburg). Der »vaginale Kaiserschnitt« und »die chirurgische Ära« in der Geburtshilfe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 5.)

H. wendet sich zuerst gegen die Bezeichnung »vaginaler Kaiserschnitt«, die er als recht unglücklich gewählt betrachtet, da mit dem Begriff der Sectio caesarea die Vorstellung verbunden sei, daß der Einschnitt in das Corpus uteri oberhalb des Beckens, nach Eröffnung der Bauchhöhle gemacht werde. H. empfiehlt nach dem Vorschlage von Bumm die Operation als Kolpohysterotomie oder auf deutsch als Scheiden-Gebärmutterschnitt oder als die Dührssen'sche Methode zu bezeichnen. H. führt Stellen aus Scanzoni's Lehrbuch an als Beweis dafür, daß schon vor Skutsch und Dührssen tiefe Inzisionen in den nicht genügend erweiterten Muttermund gelegentlich gebräuchlich waren. Einer kritiklosen Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes wirft H. vor, daß bei der Möglichkeit schwerer Blutungen und beim Versagen der Tamponade event. die völlige Exstirpation des Uterus sich anschließen muß, was auch für geübte Geburtshelfer in solchen Fällen nicht immer leicht ist, vor allem aber eine schwere Verstümmelung der Frau bedeutet, die bei einer andersartigen Leitung der Geburt hätte vermieden werden können. Freudig begrüßt H. die Verbesserung und Vervollkommnung und die zunehmende Ausdehnung, die auch schon früher allgemein geübte und als notwendig erkannte Operationen unter dem Schutz der Asepsis, und jedenfalls auch infolge der besseren operativ-technischen Ausbildung vieler gynäkologisch geschulten Geburtshelfer gefunden haben, wie z. B. der Kaiserschnitt, operative Behandlung von Tumoren während Schwangerschaft und Geburt, Behandlung der Extra-uterin-Gravidität, beckenerweiternde Operationen usw. Dagegen wendet H. sich gegen die von Dührssen so hochgepriesene »chirurgische Ära« in der Geburtshilfe, soweit die chirurgische Behandlung von Komplikationen wie Placenta praevia, Nabelschnurvorfall, Eklampsie, Beckenendlage usw. in Betracht kommt, die man bisher gewohnt war, weniger aktiv zu behandeln. Höchstens für die Behandlung der Eklampsie will H. eine chirurgische Behandlung zugeben. Die Devise der modernen »chirurgischen« Richtung fängt nach H. an hinauszulaufen auf: »Erst das Kind und dann die Mutter.« Die Devise der bisher maßgebenden Richtung in der deutschen Geburtshilfe »erst die Mutter, dann das Kind«, wird, wie H. glaubt, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, für die überwältigende Mehrzahl der geburtshilflichen Situationen die einzig richtige Devise sein und bleiben. In den Kliniken will H. Lehrstätten sehen für »Geburtshilfe« und nicht nur für »Entbindungskunst«, wenigstens nicht in dem Sinne, daß die Entbindungskunst immer ausschließlicher auf Messer, Schere und Nadel basiert wird. **Zurhelle** (Bonn).

22) **Lindemann** (Berlin). Versuchsergebnisse mit Melioform als Desinfektionsmittel für Hände und Instrumente.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

Bei dem vornehmlich Formaldehyd enthaltenden Desinfektionsmittel, das als Melioform verkauft wird, ist die ätzende Wirkung des Formaldehyds durch Glyzerin usw. derartig gemildert, daß es nur eine sehr geringe Reizwirkung ausübt. Ferner seien als Vorzüge des Präparates genannt seine Ungiftigkeit und seine Geruchlosigkeit (in der vorgeschriebenen Verdünnung von 4‰, endlich auch sein geringer Preis (aus 100 g Melioform ließen sich 25 Liter Desinfektionsflüssigkeit herstellen). Die 5 Minuten lange Einwirkung einer 0,5%igen Melioformlösung auf die Hände, besonders unter gleichzeitigem Bürsten mit derselben, genügt, um

a. die auf der Innenhand und dem Nagelbett (nicht unter den Nägeln) vorhandenen, nichtpathogenen Keime abzutöten, ohne daß dabei eine schädliche Hautreizung wahrgenommen würde;

b. eine auf die Hand geimpfte Streptokokkenkultur abzutöten;

c. eine auf die Hand geimpfte Kultur von Staphylokokkus pyogenes aureus abzutöten.

Die ¼stündige Einwirkung einer 10%igen Melioformlösung genügte, um die auf die Messerklinge überimpfte Streptokokken- bzw. Staphylokokkenkultur abzutöten, ohne hierdurch wesentlich die Schärfe des Messers zu beeinträchtigen.

Nach L.'s Versuchen verdient das Melioform wegen seiner bakteriziden Kraft, seiner Reiz- und Geruchlosigkeit, seiner relativen Ungiftigkeit und seiner Billigkeit als Desinfektionsmittel für Hände und Instrumente besondere Berücksichtigung.

Zurhelle (Bonn).

23) **G. Burckhard** (Würzburg). Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf den tierischen Organismus, insbesondere auf die Gravidität.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 404. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1906.)

Verf. hat weiße Mäuse sofort nach stattgefundener Kopulation unter eine mittelweiche Röntgenröhre gebracht und 30 Minuten deren Bauchseite bestrahlt. Alle 24 Stunden wurden die Bestrahlungen wiederholt. Die Tiere wurden in den verschiedensten Stadien getötet, und es ergab sich das überraschende Resultat, daß bei einem Teile die Schwangerschaft überhaupt ausgeblieben war, während sich bei den anderen die ersten Schwangerschaftsveränderungen bedeutend langsamer abspielten als in der Norm. Das Ausbleiben der Schwängerung führt Verf. darauf zurück, daß durch die Strahlen beide oder eine der Geschlechtszellen schwer geschädigt worden seien. Hat aber die Vereinigung stattgefunden, so hat dadurch das Ovulum größere Widerstandskraft erlangt. Es geht nicht zugrunde, nur der Furchungsprozeß verläuft langsamer. Die beobachtete Verzögerung des Eintrittes des befruchteten Eies in den Uterus erklärt Verf. so, daß zur Anregung der Tubenperistaltik, die in erster Linie diesen Transport besorge, eine gewisse Größe des Eies erforderlich sei. — Bestrahlungen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft blieben erfolglos. **Michel** (Koblenz).

24) **D. Grünbaum** (Berlin). Die Prognose bei Operationen des Vulvakarzinoms.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 7.)

G. berichtet über die in den letzten 8 Jahren in der Landau'schen Klinik wegen Vulvakarzinoms vorgenommenen Operationen und kommt dabei zu folgender Schlußfolgerung:

Dauernde Rezidivfreiheit nach radikal ausgeführter Operation von Vulvakarzinom ist in einer gewissen Zahl von Fällen zu erwarten, auch wenn sich bereits Metastasen in den Inguinaldrüsen gebildet haben.

Zur Erreichung einer möglichst günstigen Prognose sind in jedem Falle nach Exstirpation des primären Tumors weit im gesunden Gewebe die Inguinaldrüsen beider Seiten mit dem umgebenden Fettgewebe zu exstirpieren, ganz gleich, ob sich durch Palpation eine Veränderung an ihnen feststellen läßt oder nicht.

Zurhelle (Bonn).

25) **Trautenroth** (Bochum). Ein Fall von schwerer Stovainvergiftung nach Lumbalanästhesie nebst Bemerkungen über halbseitige Anästhesien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 7.)

T. berichtet über eine Lumbalanästhesie mit Stovain mit schweren Vergiftungserscheinungen bei einer Zangengeburt. Es handelte sich um eine 39jährige Vpara, bei der kurz nach der Injektion und in den ersten Tagen schwere, zum Teil lebenbedrohende Intoxikationssymptome auftraten (Cyanose, Herzschwäche, Verschlechterung der Atmung, starkes Erbrechen, äußerst heftige Kopfschmerzen, krampfhafte Schmerzen im Nacken und rechten Arm). Etwa 14 Tage nach der Injektion traten die Symptome einer lokalen Meningitis spinalis und rechtsseitigen Wurzelneuritis auf, die erst nach Wochen und Monaten langsam verschwanden. Die Meningitis war keine septische (Fieber fehlte völlig), sondern wie T. glaubt, die Folge chemischer Reizwirkung des Stovains. T. stellt dann zwei Fälle von

halbseitiger Anästhesie einander gegenüber, von denen der eine nach Tropakokaininjektion, der andere nach Rachistovainisation entstand.

T. fand, daß das Tropakokain dem Stovain weit vorzuziehen sei, und daß es überhaupt einstweilen das beste Medikament für diese Art der Narkose sei. Das Tropakokain wurde von Gebärenden recht gut vertragen; es geht nicht auf das Kind über, wie das Chloroform, und begünstigt auch nicht, wie dieses, das Entstehen von Nachblutungen, sondern verhindert sie geradezu. Man kann damit die Nachgeburtsperiode in aller Ruhe abwarten und dann einen event. Dammriß ohne erneute Narkose schmerzlos nähen. **Zurhelle** (Bonn).

26) **Weissmann** (Lindenfels). Über Collargol (Credé).

(Therapeutische Monatshefte 1906. August.)

W. gibt eine Übersicht über die Literatur der Collargolbehandlung und fügt seine eigenen Erfahrungen an. Vom Uterus ausgehende Infektionen wurden fünf behandelt, von denen drei letal endeten, weil sich die Angehörigen der rechtzeitigen intravenösen Injektion von Collargol widersetzten. Ein vierter Fall, der mit Erysipel der Nates und großen Labien, sowie einer Peumonie kompliziert war, heilte mit Ungt. Credé in 11 Tagen; ein fünfter Fall (am 5. Tage post partum Frost, aufgetriebener Leib, verfallenes Gesicht) heilte nach zwei intravenösen Injektionen von 6 g einer 5%igen Collargollösung.

Verf. hält das Collargol für ein Spezifikum gegen Sepsis und schätzt es auch als Prophylaktikum bei größeren operativen Eingriffen jeder Art. Es muß rechtzeitig angewandt werden, die intravenöse Injektion ist in schweren Fällen die sicherste Form der Darreichung. **Witthauer** (Halle a. S.).

27) **J. Lovrich** (Budapest). Fall von Echinokokkus.

(Gynaekologia 1905. Nr. 2.)

29jährige IIIpara bemerkt seit 10 Jahren eine Geschwulst im Unterleibe. Vor 8 Jahren — während ihrer ersten Schwangerschaft — entleerte sich die Geschwulst durch die Scheide. Mannskopfgroße, cystöse Geschwulst, welche sich nach der Leber zu fortsetzt. Zusammenhang mit den Genitalien nicht nachweisbar. Laparotomie bestätigte die Diagnose Echinokokkus. Annähen der Wand. Drainage der Höhle. Glatte Heilung. **Temesváry** (Budapest).

28) **M. Klein** (Szeged). Über Prolapse.

(Gyógyászat Nr. 38.)

Bericht über 463 Fälle von ausgeführter Kolporrhaphie (darunter 280 wegen Prolapsus uteri). Als Anästhetikum wurde Schleich'sche Lösung mit sehr gutem Erfolg angewendet. Von den operierten Fällen wurden geheilt entlassen 448. Der Zustand besserte sich bei 9, ungeheilt wurden 3 Pat. entlassen. 3 Pat. starben, jedoch keine infolge der Operation. Als Nahtmaterial wird für Colporrhaphia anterior Catgut, für die Perineorrhaphie Draht angewendet.

Temesváry (Budapest).

29) **M. Rollin.** Das Sarkom der Vagina beim Kinde.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. T. X. Nr. 1.)

Auf Grund eines selbstbeobachteten und 11 aus der Literatur zusammengestellter Fälle bespricht Verf. des näheren das Sarkom der Vagina beim Kinde. Es ist anatomisch dadurch charakterisiert, daß es in einer bestimmten Periode seiner Entwicklung als »traubiges Sarkom« gestaltet ist. Bevor es diese Gestalt annimmt, stellt es eine Tumormasse vor, die zumeist von der vorderen oder seitlichen Wand der Vagina ausgeht und sphärische oder halbsphärische Gestalt hat. Allmählich hebt sich die Geschwulst stielartig über die Oberfläche hinweg und nimmt mit der Zeit die Gestalt eines traubigen Tumors an. Dieser ist dann von transparenter, opaker Beschaffenheit und von braunroter Farbe. Allmählich füllt

er mehr und mehr das Volumen der Vagina aus und erscheint schließlich vor der Vulva. Gleichzeitig tritt auch eine stärkere purulente Sekretion ein, die übrigens oft schon bei geringerer Größe derselben vorhanden sein kann. Hat das Sarkom nach oben hin das Scheidengewölbe erreicht, so macht es an demselben nicht Halt, sondern greift auch auf die Portio und den Cervicalkanal, selten auf das Corpus uteri über. Diese sarkomatösen Massen haben große Tendenz zu zerfallen und infiziert zu werden. Cystitis und Pyelonephritis sind nicht selten Folgen davon Allmählich breitet sich die Tumormasse auf die ganze Vagina aus, wobei die. muskulären Elemente sehr viel länger Widerstand leisten. Ein Übergreifen des Tumors auf die Blase ist die Regel; das Rektum bleibt dagegen meist verschont. Entfernt gelegene Metastasen sind im allgemeinen sehr selten.

Hierauf geht der Verf. des genaueren auf die Histologie und Symptomatologie dieser Tumoren ein, woran sich die Besprechung der Prognose und Diagnose derselben anschließt. Zum Schluß folgt dann die genaue Beschreibung des eigenen Falles und ein Bericht über die übrigen elf von anderen Autoren beobachteten Fälle. **E. Runge** (Berlin).

30) **Baisch.** Der postoperative Ileus.

(Heilkunde 1906. März.)

Verf. bespricht die Diagnostik des postoperativen Ileus: Die Inkongruenz von Puls und Temperatur und die gute Qualität dès Pulses trotz seiner Frequenz sind neben den mechanischen Folgen der Darmobstruktion weitaus als die zuverlässigsten Erkennungsmittel des mechanischen Ileus zu bezeichnen. In bezug auf die Ursache der Adhäsionsbildung fällt bei den 16 relaparotomierten Fällen auf, daß in 72% zum Teil sehr feste Verwachsungen der Unterleibsorgane und Därme schon bei der ersten Operation gefunden wurden. B. stellte nun Experimente an und fand, daß bei völliger Bluttrockenheit der Peritonealhöhle keine Darmverwachsungen entstehen, einerlei ob die Serosa auf größere Strecken abgelöst oder durch Glühhitze zerstört wurde. Selbst eine sehr intensive Schädigung der Darmoberfläche ist für die Entstehung von Verwachsungen irrelevant, auch die Brandschorfe sind mit Unrecht gefürchtet, die wichtigste Rolle in der Ätiologie der Darmverwachsungen spielt die Anwesenheit von Blut. Das Hauptaugenmerk ist deshalb auf die Blutstillung zu legen, die so exakt und peinlich wie nur irgend möglich auszuführen ist. Für frühzeitiges Erwachen der Darmbewegung wird durch Eingeben von zwei Löffeln Rizinusöl wenige Stunden vor der Laparotomie gesorgt. Gehen bis zum Abend des 3. Tages weder Stuhl noch Flatus ab, tritt dann Erbrechen und Meteorismus auf, so wird jede Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr per os sistiert; subkutane Kochsalzinfusionen, hohe Einläufe, event. Magenausspülungen mit nachfolgender Rizinusöleingießung sind angezeigt. Wird der Puls schneller und kleiner, so muß operiert werden. Trat nach vaginalen Operationen Ileus auf, so kann man versuchen von der Scheidenwunde aus Verwachsungen vorsichtig zu lösen, sonst muß relaparotomiert werden. Die Verwachsungen sitzen gewöhnlich an den Stümpfen oder an der Peritonealnaht der vorderen Bauchwand. Die Därme rät B. mit einem mittelstarken Trokar zu entleeren und die Öffnung dann zu vernähen. Von den 16 relaparotomierten Pat. sind 13 genesen. **Witthauer** (Halle a. S.).

31) **Reclus.** Behandlung der Vesico-Vaginalfisteln.

(Gaz. des hôpitaux. 1905. Dezember 21.)

Bei einer Nullipara war eine Totalexstirpation des Uterus per vaginam vorgenommen worden, die an sich gut ablief, bei der aber eine Recto-Vaginal- und eine Vesicovaginalfistel entstand. Während erstere spontan verheilte, blieb letztere bestehen. Verf. schloß sie nach der Methode von Braquehaye. Um an die hochsitzende Fistel bei der engen Vagina heranzukommen, spaltete er vorher mit dem Messer das Perineum seitlich. Bei der Naht der Fistelanfrischung bevorzugt Verf. den Silberdraht vor dem Catgut. **E. Runge** (Berlin).

32) **A. Hengge** (München). **Zur Frage der konservativen Myomoperation.**

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 16.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von kindskopfgroßem bzw. faustgroßem Myom des Uterus, die beide vaginal unter Erhaltung des Uterus entfernt wurden. In einem Falle mußte die vordere Uteruswand gespalten werden, um das in der hinteren Wand sitzende Myom zugänglich zu machen. Beide Pat. genasen.

Gegen die konservative Myomotomie wird der Einwand gemacht, daß sie eine höhere primäre Mortalität besitze als die radikale Operation. Nach Winter's Zahlen scheint dies auch zuzutreffen. Doch muß man beachten, daß die radikalen Operationen geläufigere Verfahren sind als die konservative Myomotomie, für die Winter auch nur eine sehr kleine Zahl übrig hat. Nach einer Statistik von A. Martin, die größere Werte aufweist und wegen der Erfahrung ihres Autors auf dem Gebiete konservativer Myomoperationen besondere Bedeutung besitzt, ist das Ergebnis der konservativen Methode um ein weniges besser als dasjenige der radikalen (5,4 : 7,4% Mortalität). Jedenfalls kann man vorläufig die Höhe der Mortalität nicht als stichhaltigen Einwand gegen die konservative Myotomie gelten lassen.

Der zweite Vorwurf gegenüber der konservativen Myomotomie beruht in den angeblich weniger günstigen Dauererfolgen. Vor allem wird das Auftreten von »Rezidiven« ins Treffen geführt. Wenn man aber — wie Verf. es bei seinen zwei vaginalen Eingriffen tat — nach der Enukleation des Myoms den Uterus noch hervorholt und absucht, so läuft man kaum Gefahr Myomkeime zu übersehen.

Die Frage, ob bei konservativem oder radikalem Vorgehen ein günstigerer Einfluß auf die Beschwerden ausgeübt wird, ist so gut wie unentschieden. Die Untersuchungsergebnisse stehen sich da oft direkt gegenüber.

Der Hauptvorzug der konservativen Operation bleibt die Erhaltung der geschlechtlichen Funktionen. Wenn auch ausgetragene Schwangerschaft nach konservativer Myomotomie bis jetzt verhältnismäßig selten beobachtet wurde, so ist doch die Möglichkeit der Konzeption, die durch das Weiterbestehen der Menses gegebene Vorstellung der vollwertigen geschlechtlichen Fähigkeit, der Wegfall aller Ausfallserscheinungen, nicht zu unterschätzen.

Man soll die Operation der Myome nicht zu lange hinausschieben. Bei frühzeitigem Operieren — ehe eine Schädigung des ganzen Organismus eingetreten ist — werden die primären Resultate besser. Auch wird unter dieser Voraussetzung die Möglichkeit konservativen Vorgehens häufiger gegeben sein.

Frickhinger (München).

33) **E. Rochard. Muß man bei Myomotomien die Ovarien mit entfernen?**

(Bull. génér. de thérapeut. 1906. Februar 8.)

Nach Ansicht des Verf.s soll man immer die Adnexe bei Exstirpation des Uterus wegen Myom entfernen. Denn ein zurückgelassenes Oarium kann sich später entzünden, es kann den Ursprung zur Entwicklung einer Cyste abgeben, oder es kann nachträglich intraperitoneale Blutungen aus einem frischen Corpus luteum veranlassen. Auf der anderen Seite hält Verf. die Gründe, wegen derer wenigstens ein Ovarium zurückgelassen werden soll, für wenig stichhaltig. Die Ausfallserscheinungen hält er für unbedeutend, und an eine innere Sekretion der Ovarien will er, solange sie nicht strikte bewiesen ist, nicht glauben.

E. Runge (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 44. Sonnabend, den 3. November. 1906.

Inhalt.

Naturforscherversammlung zu Stuttgart
vom 16. bis 22. September 1906.

Gynäkologische Abteilung.

Bericht erstattet von
Privatdozent Dr. **Schickele** in Straßburg.

Fehling (Straßburg): Pubeotomie und künstliche Frühgeburt.

Redner erinnert an das wegwerfende Urteil von Zweifel und Krönig über den Wert der künstlichen Frühgeburt für das Leben des Kindes, welchem gegenüber man im Interesse der praktischen Geburtshilfe energisch Front machen müsse. Er erinnert an die durch Haidlen aus der Stuttgarter Hebammenschule veröffentlichten Fälle von künstlicher Frühgeburt und zeigt die Photographie von vier Kindern derselben Frau, welche sämtlich künstlicher Frühgeburt das Leben verdankten, nachdem das erste Kind perforiert worden war.

An dem Materiale der Baseler Klinik hat Hunzicker gezeigt, daß durch künstliche Frühgeburt 20% mehr Kinder am Leben erhalten werden als durch die Spontangeburten derselben Frau. Noch wertvoller ist der Nachweis, daß von den künstlich frühgeborenen Kindern bei einer bis zu 20 Jahren gehenden Nachforschung prozentuarisch etwa gerade so viele lebten, als von den spontan am rechtzeitigen Ende lebend Geborenen.

Ähnliche Zahlen ergab eine Zusammenstellung aus dem Materiale der Straßburger Klinik. Interessant ist aber der fernere Nachweis, daß die Kaiserschnittskinder, deren Lebensprozente bei der Geburt und Entlassung aus der Klinik viel günstiger stehen, am Ende des 1. Lebensjahres nur 63,6% lebende Kinder aufweisen, gegen 82% der Frühgeburtskinder.

Die künstliche Frühgeburt bleibt also in ihrem Werte für das Leben des Kindes bestehen und liefert endgültig sogar bessere Resultate für dieselben als der Kaiserschnitt.

Die Pubeotomie hat demnach als Ersatz für künstliche Frühgeburt zu gelten. Sie ist der Symphyseotomie vorzuziehen als weniger gefährlich; das Mortalitätsprozent der Mütter ist allerdings vorläufig noch größer als bei Frühgeburt, aber die Prognose für das Leben des Kinder besser.

Vortr. berührt dann die Frage, ob nach der Pubeotomie abzuwarten oder sofort zu entbinden sei und erklärt beides für berechtigt. Am besten verläuft auch hier die Geburt in Schädellage; zugleich empfiehlt er die Pubeotomie zur event. Unterstützung der Frühgeburt; nicht aber zugleich mit vaginalem Kaiserschnitte; während vorläufig die Pubeotomie mehr für die Klinik sich eignet, ist zu hoffen, daß mit Fortschreiten der Technik dieselbe auch in der Praxis Eingang findet.

Das Gebiet der Pubeotomie umfaßt wesentlich Erstgebärende mit engem Becken, wo bei Gefahr für Mutter und Kind bisher am lebenden oder toten Kinde perforiert worden war; ferner solche Mehrgebärende, welche von vornherein den relativen Kaiserschnitt ablehnen, oder wo im Verlaufe der Geburt unvorhergesehene, anders nicht zu hebende Gefahren auftreten.

Das Gebiet der künstlichen Frühgeburt umfaßt hauptsächlich Verheiratete (event. auch Ledige), welche 1—2 Totgeburten hinter sich haben, und bei denen die Beckenverengerung nicht zu hochgradig ist.

Die Devise für den Geburtshelfer soll demnach künftig lauten: Pubeotomie und künstliche Frühgeburt.

Pfannenstiel (Gießen): Die Indikationsstellung zur Behandlung der Geburt bei Beckenenge.

In der einseitigen Bevorzugung der Pubeotomie auf Kosten der künstlichen Frühgeburt und anderer bewährter Behandlungsarten sieht P. eine Gefahr für die geburtshilfliche Ausbildung der Ärzte. Er ist davon überzeugt, daß die klinischen Resultate nicht schlechter sein werden, wenn in geeigneten und streng individualisierten Fällen neben der Sectio caesarea und Pubeotomie auch die künstliche Frühgeburt und andere Behandlungsmethoden weiter gepflegt und gelehrt werden. Vor allem ist die Behandlung der Geburt bei Beckenenge zu beurteilen nach der Art der Beckenverengerung, nicht nur nach dem Grade der Verengerung überhaupt und nach der Beschaffenheit der Weichteile. Deshalb sind drei Gruppen für die Leitung der Geburt unterschieden worden: das allgemein gleichmäßig verengte, das platte und das allgemein verengte platte Becken.

Hochgradiger verengte Becken sollten im allgemeinen der Klinik zur Behandlung zugewiesen werden, woselbst je nach Lage der Sache Sectio caesarea, Pubiotomie mit oder ohne Verbindung mit künstlicher Frühgeburt ausgeführt werden wird. Für alle geringeren Verengerungen genügt auch die häusliche Behandlung.

Als oberster Grundsatz bei der Behandlung des engen Beckens muß nach wie vor gelten, den natürlichen Verlauf nicht zu stören, sondern wo irgend möglich durch Regelung der Wehentätigkeit und durch Lagerung (Walcher'sche Hängelage) zu fördern.

Die Zange ist ungeeignet, gute Resultate zu erzielen, besonders beim platten Becken, sie soll aber auch bei den beiden Arten des allgemein verengten Beckens nur auf strikte Indikation hin Anwendung finden.

Die Wendung und Extraktion am Fuße gibt schlechte Resultate bei engen und straffen Weichteilen (Iparae!), sie gibt die schlechtesten Resultate beim allgemein verengten platten Becken, nur wenig bessere beim

allgemein gleichmäßig verengten Becken, die relativ besten beim rein platten Becken. Darin liegt der Wert der prophylaktischen Wendung, besonders bei Mehrgebärenden. Nur beim platten Becken ist dieselbe angezeigt, und auch da nur bei nicht zu großem Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken und auch nur in der Hand des Geübten.

Zeigt der Geburtsverlauf beim ersten Kinde, daß ein grobes Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken vorliegt oder ergibt die Messung schon in der ersten Gravidität eine deutliche Verengerung (Conj. vera 7—8½ cm), so ist in der Regel die künstliche Frühgeburt angezeigt, je mehr auch der Querdurchmesser mit verengt ist, desto eher.

Für die rein platten Becken eignet sich die Frühgeburt mit prinzipieller Ausführung der prophylaktischen Wendung, für die allgemein verengten Becken dagegen der Spontanverlauf nach Einleitung der Geburt. Deswegen ist dem Praktiker zu empfehlen: für die platten Becken (bis zu einer Conj. vera von 7—7½ cm) die Hystereuryse, welche prompt und sicher wirkt und die idealsten Bedingungen schafft für Ausführung der Wendung und Extraktion, nämlich für die Wendung bei stehender Blase und vollständig erweitertem Muttermunde.

Für die allgemein verengten Becken dagegen ist die Hystereuryse ungeeignet, weil sie den vorliegenden Teil wegdrängt und deshalb die für das allgemein verengte Becken wünschenswerte spontane Kopfgeburt erschwert. Hier ist die alte Bougiemethode anzuwenden, welche zwar oft recht langsam wirkt, aber bei der nötigen Geduld und bei aseptischem Verhalten des Operateurs ohne Schaden für die Mutter zum Ziele führt. Sie ist dem Eihautstich vorzuziehen, weil sie immer noch schneller wirkt und durch Schonung der Blase die natürlichen Verhältnisse am meisten gewährleistet.

Weniger geeignet für die künstliche Frühgeburt sind die höheren Grade des allgemein verengten platten Beckens (Conj. vera 7—8 cm bei Querdurchmesser des Beckeneinganges von 11½—12 cm). Hier kommt zur Rettung des kindlichen Lebens die Pubeotomie in Betracht, oder wenn auch die Weichteile Schwierigkeiten darbieten — oder wenn das Kind groß ist —, die Sectio caesarea aus relativer Indikation.

Pfannenstiel ist davon überzeugt, daß bei dieser individualisierenden Behandlung der Geburt bei Beckenenge ebenso viele lebende Kinder erzielt werden können wie bei einseitiger Verwendung der Pubeotomie, und daß der Verlust an mütterlichen Leben ein geringerer sein wird.

v. Herff (Basel): Zur Behandlung der engen Becken.

In der Leitung der Geburten bei Beckenverengerung können zwei Hauptmethoden unterschieden werden: die abwartende, konservative, welche gegen die künstliche Frühgeburt ist, das kindliche Leben am höchsten schätzt und die Mutter pathologischen, häufig operativ zu beendigenden Geburten aussetzt; und die zweite, vorbeugende, welche das mütterliche Leben am höchsten bewertet. Sie bedient sich neben der äußeren und der prophylaktischen Wendung hauptsächlich der künstlichen Frühgeburt. Von 413 engen Becken der Baseler Klinik mit einer geschätzten Conj. vera von unter 10 cm konnten bei vorbeugender Behandlung 87,8% lebende Kinder entlassen werden. Dieser gute Erfolg ist hauptsächlich der künstlichen Frühgeburt zu verdanken. Der Verlust an Kindern beträgt in Basel 8%, an Müttern 1,3%. Von letzteren (9 Todesfällen) wurden 4 nach erfolgter Uterusruptur und 2 infiziert eingeliefert. Nach Abzug dieser blieben 0,4% Verluste, davon 2 Fälle, die an Atonie starben. Die mütterliche Sterblichkeit ist keine große und im übrigen dieselbe wie z. B. in Leipzig und in Tübingen. Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt sind derartige, daß diese Methode auch für die Zukunft immer zu empfehlen ist als ein durchaus gerechtfertigter und segensreicher Eingriff.

Hofmeier (Würzburg): Über die Berechtigung einer aktiveren Richtung in der geburtshilflichen Therapie.

3,3% der Kinder wurden nach der Statistik der Würzburger Klinik überhaupt

tot geboren; nach Abzug der aus verschiedenen Gründen (Mazeration usw.) ausfallenden Fälle bleiben 1,9%, welche intra partum abstarben. In diesen Fällen lag in 56,6% kein Hindernis von seiten des Beckens, in 43,4% trug das enge Becken mit oder ohne Komplikation die Hauptschuld am Absterben des Kindes. Ohne auf die bei der ersten Gruppe dieser Geburten (56,6%) in Betracht kommenden Komplikationen des näheren einzugehen, glaubt H. nicht, daß, abgesehen von einzelnen Fällen, hier durch ein chirurgisch aktives Verfahren eine nennenswerte Besserung erreicht werden kann. Es bleiben im wesentlichen die direkt oder indirekt durch das enge Becken verursachten Todesfälle zu prüfen. Die Gesamtzahl der engen Becken beträgt 5,4%. Von diesen Personen wurden 375 Kinder lebend, 95 tot geboren; 24 von diesen Kindern waren bereits abgestorben, 71 = 16% starben intra partum. Bei der künstlichen Frühgeburt sind relativ viele Kinder zugrunde gegangen. Die Indikation zu derselben ist bei den höheren Graden von Beckenenge besser durch den Kaiserschnitt zu ersetzen. Ein völliger Verzicht aber auf die künstliche Frühgeburt, die hohe Zange und die Wendung (wenn auch nicht als prophylaktische Operation), scheint nicht gerechtfertigt und der Nutzen eines solchen bisher nicht bewiesen. Die von Krönig als Beweis für die Richtigkeit seiner Grundsätze angeführten Zahlen der Freiburger Klinik aus dem Jahre 1905 beweisen dies auf keinen Fall, indem sie bei einer Operationsfrequenz von 20% und 1 Todesfall der Mutter auf 11 radikale Entbindungen zugleich 11 = 2,5% Totgeburten aufwiesen. Auch die Statistik von Baisch über die Resultate der Geburten beim engen Becken aus neun deutschen Kliniken läßt durch einzelne Ziffern die Frage aufwerfen, ob immer gleichwertige Zahlen einander gegenübergestellt sind. Daß bei grundsätzlicher Verwerfung der sog. prophylaktischen Operationen beim engen Becken (künstliche Frühgeburt, Zange, Wendung) und teilweisem Ersatz derselben durch die Sectio caesarea, Symphyseotomie und Pubiotomie die Resultate für die Kinder erheblich besser sein müssen, ist klar. Aber dies Resultat wird wesentlich kompensiert durch die schlechten Wochenbetten und die größere Lebensgefahr für die Mutter. In der Würzburger Klinik wurden 94 prophylaktische Operationen und 4 Perforationen des lebenden oder absterbenden Kindes ausgeführt, andererseits 6 Symphyseotomien und Pubiotomien und 21 Kaiserschnitte aus relativer Indikation. Von den ersten 98 Kindern gingen 25% zugrunde, von den letzten 27 kein einziges. Wohl aber starben von diesen 27 Müttern 3 (je 1 Symphyseotomie, Pubeotomie und Sectio caesarea), während von den ersten 98 infolge der Leitung der Geburt keine einzige starb. Der Erfolg für die Kinder ist also mit 3 mütterlichen Leben teuer bezahlt und wird noch problematischer, wenn man verfolgt, wie viele von diesen so mühsam erhaltenen Leben nach einem halben Jahre noch am Leben sind. Wenn also eine mäßige Verschiebung in der Quantität und Qualität der geburtshilflichen chirurgischen Eingriffe wohl berechtigt erscheint, so ist die Frage nach der Berechtigung und dem Nutzen einer aktiven Richtung in der geburtshilflichen Therapie prinzipiell doch nur sehr vorsichtig zu beantworten und nicht ohne weiteres zu bejahen.

Diskussion. Walcher (Stuttgart) ist mit den Ausführungen der Vortr. im allgemeinen einverstanden. Die Resultate der künstlichen Frühgeburt sind gute. Wenn in seltenen Fällen das Becken sich trotz künstlich früher eingeleiteter Geburt doch als zu eng erweist, schließt er noch die Pubiotomie an. Doch soll man hier möglichst lange warten. Zunächst wird die Säge subkutan angelegt; der Knochen wird erst durchsägt, wenn der Kopf auch in Hängelage nicht in das Becken eintritt. Unter 8 Pubeotomien hat er 1 Todesfall (Eklampsie und Infektion eines Scheidenrisses).

Herzfeld (Wien): Die künstliche Frühgeburt liefert gute Resultate. Zu ihrem Bereiche gehören Becken bis zu 8 cm. Es ist wichtig, nach dem Vorschlage von Pfannenstiel auf die Art der Beckenverengerung Rücksicht zu nehmen und danach sich für die richtige Leitung der Geburt zu entscheiden. Jedenfalls ist heute die Frage der Pubeotomie noch nicht bestimmt zu beantworten. Redner ist der Ansicht, daß man mit der Ausführung der Pubeotomie abwarten muß, bis eine strenge Indikation vorliegt.

H. W. Freund (Straßburg) hat Pubiotomien mit Erfolg ausgeführt, hält die Operation für leistungsfähig, warnt aber, jetzt schon prinzipiell eine der konkurrierenden Operationen zu verwerfen. Gerade die Mortalität der Kinder in der Geburt ist bei der Symphysiotomie und Pubiotomie noch recht hoch. Durch sehr aufmerksame Beobachtung und erfahrene Leitung von Geburten bei engem Becken wird auch ohne eingreifende Operationen die Mortalitätsziffer der Kinder wesentlich herabgesetzt.

Krönig (Freiburg i. Br.): Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt krankt an einer guten Indikationsstellung. Letztere basiert allein auf der unsicheren Angabe der Gebärenden, daß bei früheren Geburten ein oder mehrere Kinder während der Geburt abgestorben sind. Es ist schon sehr glücklich, wenn man aus der Anamnese erkennen kann, daß das enge Becken an dem Tode des Kindes die Schuld trägt. Die Müller'sche Impression des Kopfes kann nicht zur Indikationsstellung verwertet werden, da ein nicht imprimierbarer Kopf nach genügender Konfiguration den Beckenkanal wohl passieren kann. Sehr viele künstliche Frühgeburten werden in Fällen ausgeführt, wo eine abwartende Methode ein lebendes Kind am Ende der Schwangerschaft erzielt hätte.

In der Freiburger Klinik sind die Operationen wegen engen Beckens wenig zahlreich. Unter 1000 Geburten wurde aus dem angegebenen Grunde 16mal operiert. Dies ist in Anbetracht der Häufigkeit des engen Beckens in Freiburg kein hoher Prozentsatz. Dabei wird die prophylaktische Wendung, die künstliche Frühgeburt und die hohe Zange in der Leitung der Geburt bei Beckenenge prinzipiell abgelehnt. K. hält an seinem Standpunkte fest, daß auch größere Operationen an der Mutter im Interesse des Kindes berechtigt sind. Der Fortschritt in der Geburtshilfe läßt größere Operationen, wie die Symphyseotomie und die Pubiotomie wesentlich günstiger erscheinen. Auch darf nicht vergessen werden, daß die Geburtenfrequenz in Deutschland schnell abnimmt, so daß, ähnlich wie in Frankreich, naturgemäß das Leben des Kindes bei der Geburt höher bewertet werden wird.

Veit (Halle): Die Pubiotomie ist heute noch nicht so weit gediehen, daß sie dem praktischen Arzt in die Hand gegeben werden kann. Es müssen vorläufig in den Kliniken noch Erfahrungen gesammelt werden. Solange aber kann die künstliche Frühgeburt nicht entbehrt werden, wenn sie auch gewisse relative Mängel trägt, z. B. den, daß sie die Perforation des lebenden Kindes nicht umgehen läßt.

Menge (Erlangen) bekennt sich zu den Ausführungen von Krönig. Sowohl die künstliche Frühgeburt als auch die prophylaktische Wendung haben keine präzisen Indikationen. Sie sind in Wirklichkeit unwissenschaftlich und haben sich überlebt. Deshalb hält sich M. als Lehrer schon für berechtigt, diese seine Überzeugung seinen Hörern klarzulegen und sie von der Haltlosigkeit der künstlichen Frühgeburt zu überzeugen.

Everke (Bochum): Die Hebotomie wird wohl ebenso wie die Symphysiotomie bald wieder verlassen werden. Bei hochgradiger Beckenenge bleibt die Sectio caesarea conservativa nach Sänger, event. mit Sterilisation, zu Recht bestehen. Diese gibt eine ebenso gute Prognose für Mutter und Kind als die Hebotomie, und für das spätere Befinden ist erst recht die Sectio caes. prognostisch günstiger; für Grade geringer Beckenenge ist die künstliche Frühgeburt in der Praxis nicht zu entbehren.

Hofmeier hebt hervor, daß die künstliche Frühgeburt durchaus keine unwissenschaftliche Operation ist. Die Fälle, in denen sie berechtigt und am Platze ist, sind klare, und ihre Anwendung ist keine willkürliche.

v. Herff. Die Indikation zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist eine ganz klare und vollständig den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechend. Es kommt nicht allein auf die Beckenmaße an, sondern auf das Verhältnis zwischen Kopf und Becken. Auch die hohe Zange ist nicht zu verwerfen. v. H. hat sie öfters mit Erfolg angelegt. Die Pubiotomie aber ist seiner Ansicht nach nur eine

Notoperation; es handelt sich dann um Fälle, wo z. B. die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt verpaßt oder nicht beabsichtigt worden war.

Pfannenstiel vertritt Krönig gegenüber gerade den didaktischen Standpunkt mit Bezug auf die Einleitung der künstlichen Frühgeburt Gerade der praktische Arzt könne mit ihr sehr Gutes leisten und muß deshalb auch in ihrer Ausführung und der richtigen Auswahl der Fälle erfahren sein.

H. W. Freund (Straßburg). Zur Entstehung von Embryomen.

Nach Bonnet's Annahme entstehen die Embryome aus dem Teilstück eines befruchteten, sich furchenden Eies. Demnach wären die aus den Inklusionen sich entwickelnden Embryome schließlich sämtlich angeboren. F. wirft die Frage auf, ob nicht der gleiche Vorgang der Weiterentwicklung von dislozierten oder in der Teilung zurückgebliebenen Blastomeren auch im späteren Leben vorkommen könne, ob also nicht erworbene Embryome anzunehmen sind. An der Hand von mehreren Fällen zeigt F., daß die klinischen Symptome dieser Embryome derart waren, daß sie fast an eine Schwangerschaft denken ließen. Embryome kommen bei Schwangeren und Wöchnerinnen nicht allzu selten vor. Sie brauchen nur zu zeigen, daß unter dem Einfluß der puerperalen Vorgänge die genannten fötalen Inklusionen zur Entwicklung gelangen können. Sie können aber auch den Gedanken nahe legen, daß außer dem zur Reife gelangenden befruchteten Ei ein zweites befruchtet worden ist, das aus irgendeiner Veranlassung nur ein Teilstück, eine Blastomere hat zur Entwicklung kommen lassen, während der ganze Rest unterging. Diese Hypothese läßt sich bei einigen der mitgeteilten Fälle verteidigen, bei welchen auffällige, sonst der Schwangerschaft zukommende Symptome und Veränderungen (großes Corpus lut., Auflockerung und Wachstum der Gebärmutter, Milch in den Brüsten) nachzuweisen waren und kein uterines oder extra-uterines Schwangerschaftsprodukt, sondern ein Ovarialembryom vorlag. Gewisse auffällige Veränderungen in der Wand der Dermoidcysten, wie sie bei anderen Ovarialtumoren nicht beobachtet werden, könnten dann als eine spezifische Reaktion des Ovarialrestes auf die Implantation einer Blastomere angesehen werden, so die erhebliche, an gewisse Schwangerschaftsvorgänge im Uterus erinnernde Dilatation und Vermehrung der Lymphbahnen, wie dies mehrfach beschrieben worden ist. Die Befruchtung eines (vielleicht geschädigten) Eies in dem atrophischen Stromarest einer Eierstockscyste könnte also nach F. zur isolierten Entwicklung einer Blastomere und so zur Embryombildung führen.

C. Everke (Bochum): Die Osteomalakie in Westfalen.

In seiner zwanzigjährigen gynäkologischen Tätigkeit beobachtete E. 32 Fälle von Osteomalakie. Bis auf zwei wohnen alle in Bochum oder nächster Umgebung. Im ganzen übrigen Westfalen, wie E. durch genaueste Umfrage bei Kreisärzten und anderen Kollegen festgestellt hat, kommt Osteomalakie nicht vor. Die Frauen lebten fast alle in guten Nahrungs- und Wohnungsverhältnissen, so daß E. darin, daß diese schlecht sind, höchstens eine Gelegenheitsursache der Osteomalakie erblicken kann.

Das traurigste, schwerste Bild der Osteomalakie zeigten zwei Frauen, von denen die eine zahlreiche Spontanfrakturen hatte, die andere auf 20 kg abgemagert und nur 112 cm groß war. Durchgehends waren es Mehrgebärende; in jeder Schwangerschaft hatte die Krankheit zugenommen, so daß die Frauen absolut arbeitsunfähig waren und eventuelle Geburten durch die schwersten Operationen beendet werden mußten.

Seit Fehling nachwies, daß in einer krankhaften Tätigkeit der Ovarien das Wesen der Osteomalakie besteht, hat E. in 15 Fällen im Anschluß an Sectio oder auch so die Ovarien entfernt und in allen Fällen, die die Operation überstanden (11), eine Heilung resp. Stillstand der Osteomalakie erzielt, ebenso wie er in zwei Fällen nach der Klimax Stillstand der Osteomalakie beobachten konnte.

In frischen, leichten Fällen mag eine Phosphortherapie versucht werden.

Diskussion. Krönig: Die Bemerkungen des Vortragenden beanspruchen auch deshalb besonderes Interesse, weil durch die Arbeit von Hoennecke es sehr

nahe gelegt wurde, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen Kropf und Osteomalakie bestände. Everke hat eigentlich Gegenteiliges gezeigt, indem er Osteomalakie in einer kropfarmen Gegend feststellte. Die Bedeutung der Kastration für den Ablauf dieser Erkrankung erweist K. an einem Falle, indem er an einer jugendlichen Osteomalakischen beide Ovarien entfernte, aber sofort wieder in eine Tasche des Peritoneums implantierte. Die Erfahrungen an mehreren Fällen lehren, daß dann die Ovarialfunktion erst nach einer bestimmten Zeit wieder einsetzt, gewöhnlich 5 Monate nach der Reimplantation, zu welchem Zeitpunkte der Uterus beginnt von neuem zu menstruieren. Bei dieser Pat. trat sofort nach der Kastration und Reimplantation eine bedeutende Besserung der Knochenschmerzen auf; mit dem Einsetzen der Periode aber verschlechterte sich der Zustand der Kranken wieder und wurde erst von neuem gebessert, als eine energische Phosphor-Lebertranbehandlung eingeleitet wurde.

H. W. Freund hat in einem nicht puerperalen Falle die Kastration ohne Erfolg, in einem puerperalen vor über 10 Jahren mit (dauerndem) Erfolg ausgeführt. In einem dritten Falle, der jetzt 1 Jahr lang in Beobachtung ist, versuchte er gelegentlich des Kaiserschnittes nur das Corp. lut. verum zu exzidieren (Born-Fränkel'sche Theorie); das mißlang wegen Brüchigkeit des Ovarialgewebes. F. entfernte daher nur diesen einen Eierstock. Die Osteomalakie heilte.

Krönig (Freiburg i. Br.): Weitere Erfahrungen über die Kombination des Skopolamin-Morphiumdämmerschlafes mit der Rückenmarksanästhesie bei Laparotomien.

Die Morphium-Skopolaminnarkose kann für kleinere Eingriffe genügen. Bei größeren würden durch die notwendigerweise höhere Dosierung unangenehme Nebenerscheinungen auftreten. Durch ein zugefügtes Inhalationsnarkotikum oder ein an Ort und Stelle appliziertes Anästhetikum, endlich bei geeignetem Operationsfelde durch ein intradural einverleibtes Narkotikum kann eine genügende Schmerzlosigkeit erzielt werden. Seit der Befürwortung des Morphium-Skopolamins in Verbindung mit der Chloroform-Äthernarkose durch Kümmel hat K. sich dieser Mischung mit gutem Erfolge bedient. Insbesondere nehmen die postoperativen Bronchitiden ab. Diese Kombinationsnarkose ist zu empfehlen mit Rücksicht auf das psychische Verhalten der Operierten. Die für die Frau unbequeme Lage bei der Operation, das Miterleben der verschiedenen Operationsphasen lassen die Pat. selbst eine allgemeine Narkose verlangen. Weiterhin wird durch Skopolamin-Morphium die analgetische Wirkung der gelegentlich unzuverlässigen Rückenmarksanästhesie bestärkt.

Die von K. heute geübte Technik dieser kombinierten Narkose ist kurz folgende: Zwei Stunden vor der Operation bekommt eine mittelkräftige Pat. 3 dmg Skopolamin plus 1 cg Morphium injiziert. Nach einer Stunde wird, wenn noch kein Schlafzustand eingetreten ist, die gleiche Dosis wiederholt. Zur Fernhaltung störender Gehörs- und Gesichtsempfindungen werden die Frauen gleich vor der ersten Injektion allein in einem vor Geräuschen geschützten Zimmer ins Bett gelegt. Sie erhalten 1/2 Stunde nach der ersten Injektion dunkelschwarze Brillen aufgesetzt und bekommen Antiphone ins Ohr und Gehörmuscheln über die Ohren gestülpt. 1 Stunde nach der letzten Injektion ist die Pat. gewöhnlich in den Dämmerschlaf verfallen, d. h. sie ist nach der Definition von Gauss in einen Zustand versetzt, in welchem Eindrücke aus dem Gedächtnis schnell wieder schwinden. Sollte dieser Dämmerzustand, was nur selten vorkommt, nach dieser Zeit noch nicht erreicht sein, so wird 1,5 dmg Skopolamin allein gegeben, ohne Morphium. Bei dekrepiden Frauen wird gewöhnlich als zweite Dosis nur 1,5 dmg Skopolamin und kein Morphium gegeben.

Sobald der Dämmerschlafzustand erreicht ist, wird die Rückenmarksanästhesie nach Bier ausgeführt. Da aber nach Quincke und G. Kroenig-Berlin plötzliche Druckschwankungen im Duralsacke lebensbedrohliche Symptome hervorrufen können, erschien es als ein Gebot der Vorsicht, die Injektion unter Kontrolle des Druckes auszuführen. Hierzu bedient sich K. im allgemeinen des von G. Kroenig zur Lumbalpunktion benutzten Apparates mit der entsprechenden Modifikation. (De-

monstration des Apparates.) Die sofortige Beckenhochlagerung nach der Injektion wird vermieden; deshalb mußte dann allerdings bei Laparotomien stets zu höheren Dosen 0,1—0,12 Stovain-Billon gegriffen werden. Natürlich kann auch hier durch Diffusion das Mittel höher hinaufgehen, aber dies ist wohl nicht so zu befürchten, weil während dieser Zeit eine chemische Reaktion des Stovains mit dem Liquor eingetreten und die Wirkung des Stovains herabgesetzt ist. Bei dieser Dosierung sind bisher, wenigstens bei mittelkräftigen Personen keine Intoxikationssymptome vorgekommen. Tierversuche sprechen nicht gerade zugunsten der Beckenhochlagerung.

Worin bestehen die Vorteile und Nachteile der mit dem Skopolamin-Morphiumdämmerschlaf kombinierten Rückenmarksanästhesie? Zunächst die Vorteile. Diese kombinierte Narkose ist die humanste aller Narkosen, weil die Frauen, ohne unangenehme Sensationen zu haben, allmählich einschlafen. Kein Erstickungsgefühl, kein Ohrensausen, keine sonstigen unangenehmen Empfindungen. Nach der Narkose ist das Erwachen meist ohne Nausea, selten geringes Erbrechen, was bei Laparotomien so häufig und schmerzhaft ist. Als zweiter Vorteil wird erwähnt, was bei Laparotomien besonders ins Gewicht fällt, die verringerte Gefahr der postoperativen Bronchitis. Wenn auch durch die kombinierte Skopolamin-Morphium-Chloroform-Äthernarkose die postoperativen Bronchitiden nach Laparotomien schon wesentlich an Frequenz und Schwere verloren haben, so bleiben doch noch etwas über 5%. Unter den von K. bisher ausgeführten etwa 200 Laparotomien ist dagegen noch nicht eine einzige postoperative Bronchitis und auch nicht einmal eine Verschlechterung einer schon bestehenden Bronchitis beobachtet. Es wird hierdurch die Lebenssicherheit der Laparotomien erhöht. Angenehm ist es auch, daß durch die geringen postnarkotischen Wirkungen die Zeit der Rekonvaleszenz abgekürzt wird. Die laparotomierten Frauen kann man selbst nach größeren Operationen, wie Myomektomien, Kystomektomien, vaginalen Totalexstirpationen usw. schon am 1.—3. Tage post operationem aufstehen lassen. Während bei der kombinierten Inhalationsnarkose trotz Skopolamins immer noch 30% der Fälle Erbrechen zeigten, ist dies jetzt auf 12% herabgesetzt, wobei erwähnt werden muß, daß das Erbrechen meist nur ein schnell vorübergehendes war. Dabei wird den Frauen sofort nach dem Erwachen aus dem Dämmerschlafe, wenn sie über Durst klagen, Flüssigkeit gegeben.

Diesen Vorteilen stehen aber auch Nachteile gegenüber. Im Gegensatze zur Inhalationsnarkose wird bei der Injektionsnarkose auf einmal ein relativ großes Depot von Gift dem Organismus einverleibt, und dieses kann nicht so schnell wie bei der Inhalationsnarkose wieder durch künstliche Atmung aus dem Körper entfernt werden. Bei der Skopolamin-Morphiumnarkose wird dafür das Gift möglichst nicht auf einmal, sondern in einzelnen Mengen dem Organismus einverleibt.

Die Todesfälle, welche in der Literatur der Skopolamin-Morphiumnarkose zur Last gelegt werden, sind meist auf Überdosierungen zurückzuführen. Die genauere Durchsicht der Fälle ergibt, daß hier nicht so sehr das Skopolamin als die zu hohen Morphiumdosen schuld an den Todesfällen sind. Unter etwa 327 Narkosen der Freiburger Klinik sind zwei Todesfälle zu beklagen — eine relativ große Zahl, wenn man die Fälle als solche nicht wägt. Zum Verständnis ist deshalb eine kurze Beschreibung dieser beiden Fälle angebracht. Der erste Fall betraf eine 65jährige dekrepide karzinomatöse Frau mit weit fortgeschrittenem Karzinom. Wegen der voraussichtlich längeren Dauer der Operation wurden damals noch — es war einer der Anfangsfälle — 10 dmg Skopolamin und 6 cg Morphium gegeben. In den Rückenmarkskanal wurden 0,12 Stovain-Billon eingespritzt. Die Frau ist $^1/_2$ Stunde nach beendigter Operation (abdominelle Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus) zugrunde gegangen. Wie weit in diesem Falle die Narkose beschuldigt werden darf, ist nicht ganz sicher; aber immerhin mag der Fall als Narkosentod gelten.

Der zweite Fall betrifft eine entblutete Myomkranke in den 40er Jahren. Es bestand Kyphoskoliose und hochgradige Mitralstenose, seit vielen Monaten bestanden Kompensationsstörungen, die durch Bettruhe und Digitaliskur nicht gebessert wurden. Leider wurde auch in diesem Falle noch relativ viel Narkotikum

verwendet: Injektion von insgesamt 8 dmg Skopolamin, 2 cg Morphium, Injektion von 8 cg Stovain-Billon in den Rückenmarkskanal. Die Frau starb, ehe sie operiert wurde, bald nach Injektion in den Duralsack. Wahrscheinlich ist dieser Tod der Rückenmarksanästhesie zur Last zu legen.

Ein weiterer bisher nicht vermeidbarer Nachteil, welcher heute der Rückenmarksanästhesie noch anhaftet, liegt in den Nebenerscheinungen, vor allem in den Kopfschmerzen, welche meist erst einige Tage nach der Operation einsetzen. Unter 327 Fällen sind 8,9% leichte, 10,9% mittelschwere und 11,5% schwere Kopfschmerzen zu verzeichnen, was in Summa 31,4% betrug. Die längste Dauer derselben betrug mehrere Tage.

Als weitere Komplikation sind drei Abducenslähmungen anzuführen, von denen zwei innerhalb weniger Tage zurückgingen, eine noch 6 Wochen post operationem in leichtem Grade bestand, beobachtet.

Unangenehm ist auch, daß nicht immer völlige Analgesie herbeigeführt wurde. Versagt hat sie niemals bei vaginalen Operationen, dagegen wurde es bei Laparotomien in 13,2% der Fälle nötig besonders bei längeren Operationen etwas Chloroform-Äther inhalieren zu lassen. Es ist dies aber für die Pat. insofern nicht unangenehm, weil sie sich in Dämmerschlaf befinden und von dem Übergange zur Inhalationsnarkose keine unangenehmen Sensationen haben.

K. faßt sein Urteil dahin zusammen: In der kombinierten Narkose der Rückenmarksanästhesie mit dem Skopolamin-Morphiumdämmerschlaf ist es möglich, den größten Teil der gynäkologischen Operationen und Operationen an Organen der Bauchhöhle außerhalb des Genitalapparates auszuführen. Die Kombination liefert eine der humansten Narkosen. Laparotomien werden durch die Vermeidung der postoperativen Pneumonien lebenssicherer ausgeführt. Es bedarf wohl vornehmlich verbesserter chemischer Mittel, um die zurzeit noch bestehenden unangenehmen Nebenwirkungen zu vermeiden. (Gekürzter Selbstbericht.)

Diskussion. Franz weist auf die Arbeit von Busse hin in der eben erschienenen Nr. 38 der Münchener med. Wochenschrift, in der die Erfahrungen seiner Klinik an 150 Fällen von Medullaranästhesie mit Morphium-Skopolamin mitgeteilt werden. Er gibt im Gegensatze zu Krönig etwas mehr Skopolamin und weniger Morphium, und glaubt davon eine bessere Darmtätigkeit nach der Operation zu sehen. Er empfiehlt das optisch inaktive Skopolamin von Böbringer (Mannheim) wegen seiner größeren Haltbarkeit und der geringen Nebenwirkungen. Außer Kopfschmerzen hat er ernstere Nachteile der kombinierten Rückenmarksanästhesie nicht gesehen.

Veit (Halle a. S.): Tuberkulose und Schwangerschaft.

Die Ansicht, daß die Schwangerschaft für eine Tuberkulöse stets als eine sehr schwere oder sicher im Wochenbette zum Tode führende Komplikation anzusehen ist, trifft nicht zu. Die Tuberkulose an sich indiziert durchaus noch keine Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Einleitung des künstlichen Abortus ist niemals angezeigt, wenn die tuberkulöse Schwangere eine regelmäßige Gewichtszunahme zeigt. Ebensowenig ist dieser Eingriff angezeigt, wenn die Schwangere regelmäßig abnimmt; dann nutzt man nichts mehr. Findet die Zunahme in unregelmäßiger und ungenügender Größe statt, so ist die Schwangere gefährdet; hier ist die Einleitung des Abortus als Heilmittel zu versuchen. Es kommt also zur Beurteilung der Frage darauf an, die Gewichtszunahme in regelmäßiger Weise zu kontrollieren. Es ist Tatsache, daß die schwangere Frau an Gewicht mehr zunimmt, als dem Wachstum des Eies allein entspricht. Auch die tuberkulöse Frau folgt diesem Gesetze. Um die Größe der Gewichtszunahme festzustellen, verfährt V. folgendermaßen: Nachdem die betreffende Frau gewogen ist, erhält sie 30 g Rizinusöl und wird am nächsten Morgen nach gründlicher Darmentleerung, zuletzt durch ein Wasserklistier, und nach Entleerung der Blase nüchtern gewogen. Jetzt kann nach Wunsch alles gegessen und getrunken werden. Die zu Beobachtende darf sich nicht anstrengen. Am besten bleibt sie zu Bette liegen und wird täglich nüchtern nach Entleerung der Blase gewogen. Nach 8 Tagen wird durch Rizinusöl

wieder gründlich abgeführt und das Gewicht bestimmt. Die beiden Hauptzahlen werden jetzt miteinander verglichen. Diejenigen Frauen, welche hierbei eine regelmäßige deutliche Gewichtszunahme zeigten, haben die Schwangerschaft gut überstanden. Andere Frauen zeigen eine deutliche Gewichtsabnahme. V. betrachtet sie als verloren; sie abortieren meist von selbst oder sterben nach der Geburt. Außerdem besteht eine dritte Kategorie, deren Körpergewicht ein unregelmäßiges Verhalten zeigt, bald nehmen sie etwas zu, bald ab oder bleiben auch eine Zeitlang stationär. Diese Frauen scheinen gefährdet, so daß der Versuch der Rettung durch Einleitung des künstlichen Abortes angezeigt erscheint. — Besondere Formen der Tuberkulose, insbesondere Komplikationen z. B. durch Erbrechen, verlangen an sich keine andere Indikationsstellung. Bei fieberhaften Prozessen, die durch Tuberkulose bedingt wurden, bleibt die Indikationsstellung noch diskutabel. Wird eine Tuberkulöse schwanger und erscheint nach genügender Beobachtung die Einleitung des Abortes unnötig, so ist die Behandlung keine andere als außerhalb der Schwangerschaft. — Den inneren Klinikern gegenüber ist zu betonen, daß die Prognose nicht so ungünstig ist, wie vielfach angenommen wird. Die Tuberkulose an sich gibt keine Entscheidung, sondern nur das Verhalten der Schwangeren im oben angeführten Sinne bestimmt das Vorgehen des Geburtshelfers in jedem einzelnen Falle. — Um über diese so wichtige Frage weitere Aufklärungen zu erhalten, sind längere ausgedehnte Untersuchungen noch nötig.

Diskussion. Krönig (Freiburg i. Br.): Es gehört die Entscheidung darüber, ob die Schwangerschaft bei Tuberkulose unterbrochen werden soll, wohl zu den schwersten, ja wir müssen offen gestehen, daß sie in korrekter Weise überhaupt noch nicht zu beantworten ist. Der Vorschlag von Veit, die Indikationsstellung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft abhängig zu machen von fortlaufenden Gewichtsbestimmungen, ist schon deshalb leider kaum annehmbar, weil ja ein Teil der Verschlechterung der Tuberkulose erst im Wochenbett einsetzt, während in der Schwangerschaft die Tuberkulose kaum Verschlechterung aufweist. Es liegt natürlich bei jedem Arzte das Bestreben vor, einmal eine Zeitlang zu beobachten, wie die Tuberkulose unter dem Einfluß der Schwangerschaft verläuft; aber ob dadurch nicht mancher Schwangeren ein großer Schaden zugefügt wird, ist vorderhand wenigstens nicht abzuleugnen. Das exspektative Verfahren hat auch deshalb gewisse Gefahren, weil die Schwangerschaft möglichst in den ersten 4 Monaten unterbrochen werden soll; die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wird von den meisten Autoren abgelehnt. Bekommen wir daher als Geburtshelfer eine Frau zur Beurteilung in der 12. Woche der Schwangerschaft, so ist schnelles Handeln notwendig. K. möchte den fortschreitenden Lungenprozeß für wesentlicher erachten als die Gewichtsbestimmungen.

H. W. Freund kann die vielfach hervortretende pessimistische Beurteilung der Komplikation von Schwangerschaft und Tuberkulose im allgemeinen nicht teilen. In den zum Stillstande gelangten Fällen verläuft die Schwangerschaft ungestört und verschlimmert sich das Lungenleiden sehr selten. In frischeren Fällen ist die Beobachtung von Temperatur und Körpergewicht von Bedeutung, die ständige Kontrollierung der lokalen Krankheitsprozesse aber (am besten durch einen Internisten) das Wichtigste. Erfolgt mit fortschreitender Schwangerschaft ein Fortschreiten des Lungenleidens, dann ist der Abortus indiziert; dies besonders bei Komplikationen mit Kehlkopftuberkulose. Bei bestehendem Fieber ist aber die Einleitung der Geburt gefährlich und ohne den erwarteten Erfolg.

O. Schäffer (Heidelberg): Beurteilung, ob Abortus abhängig von äußeren Umständen, von der Zahl der vorangegangenen Geburten und deren Einfluß auf die lokalen Prozesse, von dem derzeitigen Allgemeinbefinden (Gewicht, Veit) und dem derzeitigen lokalen Befunde (Zuziehung eines internen Konsiliarius). Statistik nicht zu verwerten, wohl aber Kasuistik (Pfannenstiel, Hofmeier) und Verwertung gut beobachteter Einzelfälle. Bei Iparen kaum Abort: entweder Fall überhaupt schon ganz schlecht, oder die Mutterschaft psychisch günstig. Anders bei Pluri- und erst recht Multiparen mit jedesmaliger puerperaler Verschlech-

terung ohne wesentliche Erholung im Graviditätsintervall. Die Kliniker sehen postpuerperal nicht genug. Die Anamnese ist mit Vorsicht zu verwerten. Wägungen selbst kontrollieren, aber keine Mastkur in Privatklinik bei Stellung der Diagnose' weil sie die häuslichen Verhältnisse nicht wiedergibt.

Everke: In Fällen von manifester Tuberkulose ist künstlicher Abort bzw. Sterilisation gerechtfertigt.

Walcher (Stuttgart): Ernährung der Wöchnerinnen und Stillvermögen.

Mitteilungen der Resultate aus der Stuttgarter Landeshebammenschule. (Vgl. Martin, Stillvermögen, Archiv für Gynäkologie Bd. LXXIV.)

Diskussion. Krönig meint, daß der Vorwurf, welchen Herr Walcher der modernen Geburtshilfe gemacht hat, daß sie, erstarrt in alten Anschauungen, auch heute noch an der veralteten Sitte festhalte, den Wöchnerinnen in den ersten Tagen post partum Hungerkost zu geben, unberechtigt sei. Er glaube nicht, daß heute noch ein Kliniker auf dem Standpunkte steht, daß durch reichere Nahrungszufuhr eine Disposition zum Kindbettfieber geschaffen würde. Es wird vielmehr, soweit K. orientiert ist, in den modernen geburtshilflichen Kliniken schon in den ersten Tagen des Wochenbettes den Wöchnerinnen reichliche Kost gegeben, wenigstens kann er dies für Freiburg versichern. Eine sehr reichliche Nahrungszufuhr am 1.—2. Tage des Wochenbettes hat nach seiner Ansicht den Nachteil, daß bei der Störung der motorischen Funktion des Darmes infolge Erschlaffung der Bauchpresse bei der bettlägerigen Wöchnerin Blähungsbeschwerden und Darmstörungen eintreten. Will man den Wöchnerinnen ihre sonst übliche Kost auch in den ersten Tagen des Wochenbettes reichen, so muß die Frage erörtert werden, ob man nicht zur Hebung der motorischen Schwäche des Darmes und der Bauchpresse die Frauen früher aufstehen läßt. Die dahin gehenden Versuche der Freiburger Klinik, die unter sorgfältigster Kontrolle der Wöchnerinnen ausgeführt wurden, haben bisher wenigstens zufriedenstellende Resultate ergeben. Es bleibt abzuwarten, ob es sich empfiehlt, ein derartiges Frühaufstehen mit bestimmten gymnastischen und therapeutischen Maßnahmen zu verbinden.

H. W. Freund hält es für sehr wichtig, daß Walcher mit seinen ausgezeichneten Resultaten der Schwarzseherei gegenübertritt, die vielerorts bezüglich der Stillungsfähigkeit der Frauen herrscht. Er hat ebenfalls sehr gute Resultate, wenn auch nicht 100% Stillfähigkeit erzielt. Ungeeignete, kranke Warzen, einige Krankheiten der Mütter sind doch immer Momente, die das Stillen unmöglich machen. Die Walcher'schen Zahlen gelten auch nur für die Zeit des Aufenthaltes in der Anstalt. Sie geben keinen Anhalt über die Fähigkeit der Frauen, ihre Kinder auch wirklich monatelang stillen zu können, — was doch eigentlich die ganze Frage entscheidet und im übrigen die Differenz der Anschauungen betreffs der »Stillungsnot« erklärt.

Gegen Krönig führt F. die tausendfältigen Erfahrungen betreffs der Entstehung von Thrombosen, Hängebauch, Organverlagerungen, Entzündungen usw. an bei Frauen, welche post partum das Bett zu früh verlassen. Auch hier entscheidet die Beobachtung während des Anstaltsaufenthaltes nicht.

Franz (Jena): Über Operationen von Uteruskarzinomrezidiven.

F. hat 16 solche Operationen an 12 Frauen ausgeführt. 9 Frauen wurden einmal, 2 zweimal und 1 dreimal operiert. Neunmal konnten die Operationen ohne Komplikationen ausgeführt werden, einmal mußte der Blasenboden und ein Teil beider Ureteren reseziert werden (die Ureteren wurden mit Erfolg in die Blase eingenäht), einmal wurde ein Teil der Blase mit einem Stück eines Ureters entfernt (wiederum erfolgreiche Implantation des Ureters in die Blase); einmal wurde bei einer zweiten Rezidivoperation an derselben Frau eine Ureter-Scheidenfistel, die nach der ersten Rezidivoperation entstanden war, durch Einnähung in die Blase geheilt; einmal mußte ein 15 cm langes Stück Dünndarm, einmal das ganze Rektum reseziert werden, nur zweimal war die Entfernung einer Niere notwendig.

Eine Frau starb nach der Operation, bei der eine eitrige Niere entfernt wor-

den war, an einer Phlegmone des Beckenbindegewebes, die sich bis zur Niere erstreckte.

Eine Frau starb 14 Tage nach der Entlassung zu Hause, wahrscheinlich an Embolie. Sie hatte eine ganz einfache Rezidivoperation durchgemacht.

Eine Frau starb $6^1/_2$ Monate nach der Operation an fortschreitendem Karzinom.

F. ist der Meinung, daß man alle nur einigermaßen operablen Karzinomrezidive angreifen soll. Wenn auch auf Dauerheilungen nur in sehr seltenen Fällen zu rechnen sein wird, so verlängert man doch mit der Operation das Leben der Pat. und bewahrt sie für längere Zeit vor den heftigen Schmerzen, die die ins Becken wachsenden Karzinome so häufig hervorzurufen pflegen.

Die Operabilität eines Rezidivs wird von F. dann angenommen, wenn der Tumor sich nach allen Seiten abgrenzen läßt, und wenn er nur mit einem kleineren Teile seiner Peripherie mit der Beckenwand zusammenhängt. Breit auf der Beckenwand aufsitzende Rezidive sind kaum operabel. Unbeweglichkeit des Rezidivs ist an sich keine Kontraindikation.

Bei den Operationen ist besonders auf Rektum und Blase zu achten. Funktionelle Nierendiagnostik ist unerläßlich.

Diskussion. Krönig begrüßt es mit Freuden, daß Franz auch die anscheinend verzweifelten Fälle von rezidivierenden Uteruskarzinomen noch operativ angreift. Es läßt sich durch den Tastbefund sehr schwer oder gar nicht die Operabilität eines Uteruskarzinoms feststellen. Franz hat von neuem durch seine guten Resultate bewiesen, daß man wenigstens auf jeden Fall das Abdomen eröffnen muß, um sich durch Inspektion davon zu überzeugen, daß der Fall wirklich nicht mehr angreifbar ist. Man soll sich durch Übergreifen des Karzinoms auf Nachbarorgane nicht abhalten lassen, die Radikaloperation zu versuchen. Teilweise Resektion der Blase, Resektion des Ureters beim Durchtritte durch das Parametrium sind heute so lebenssichere Operationen, daß wir sie im Interesse der armen Krebskranken wagen müssen.

Labhardt (Basel): Zur Extraktion nach Müller.

Eine Zusammenstellung über 365 im Frauenspital Basel beobachtete Beckenendlagen zeigt, daß die Mortalität der Kinder, die bis zur Scapula spontan geboren wurden, halb so groß ist, als die der Kinder, an denen schon früher gezogen wurde.

Die Extraktion nach Müller ohne Armlösung geschieht so, daß man nach spontaner Geburt bis zur Spitze der Scapula den Rumpf stark senkt; dabei tritt die vordere Schulter in den Beckeneingang und meist auch gleich unter der Symphyse hervor. Durch Heben des kindlichen Rumpfes tritt die hintere Schulter über den Damm heraus. Waren — wie normalerweise — die Arme über der Brust gekreuzt, so fallen sie meist spontan heraus. Der Müller'sche Handgriff gelingt aber auch dann, wenn die Arme in die Höhe geschlagen waren, denn dabei ist die Schulterbreite eine geringere; man zieht auch dann in gleicher Weise den kindlichen Körper tiefer. Die Arme gelangen meist bis zum Ellbogen in die Vulva und können ohne weiteres heruntergestreift werden.

Die Vorteile der Methode sind folgende:

1) Man gewinnt Zeit durch Wegfall der Armlösung.

2) Die Gefahr der Schlüsselbein- und Oberarmbrüche ist eine geringere.

3) Man braucht nicht so tief in die Genitalien einzugehen — daher ist die Infektionsgefahr vermindert.

4) Der Handgriff ist so einfach, daß er auch von ungeübter Hand (im Notfalle von der Hebamme) ausgeführt werden kann.

Die Methode läßt hier und da bei engem Becken im Stich — über das von Müller für solche Fälle angegebene Verfahren haben wir zurzeit noch keine Erfahrung.

Seit 1 Jahre wurde im Frauenspital und in der geburtshilflichen Poliklinik Basel das Müller'sche Verfahren angewendet. Die Resultate sind sehr günstige

gewesen: Von 77 Beckenendlagen verliefen 8 spontan; 11 scheiden aus wegen Tod des Kindes; von den übrig gebliebenen 58 Fällen gelang die Müller'sche Extraktion in 53 Fällen. Es wurden 88% lebende Kinder zur Welt gebracht (gegenüber 83% bei Armlösung). Nur 1 Kind erlitt eine Verletzung (gegenüber 7 bei 53 Armlösungen). 1 Wochenbett war leicht febril gegenüber 6 bei 53 Armlösungen).

Diskussion. Herzfeld sieht keinen Grund zum Verlassen der Armlösung. Er fürchtet ein zu eigenmächtiges Eingreifen der Hebammen, wenn man ihnen so leichte Handgriffe lehre. Er wundert sich über die hohe Zahl (7) der Frakturen bei 53 Armlösungen.

Labhardt: Die vorliegende Statistik beweist, daß die Resultate der Müllerschen Extraktion noch besser sind als die der Armlösungen. Ein zu aktives und eigenmächtiges Eingreifen der Hebammen scheint im allgemeinen nicht zu befürchten zu sein, und im Interesse des Lebens des Kindes müssen die Hebammen im Notfall eingreifen. Die relativ hohe Zahl der Frakturen, die wir in Basel bei der Armlösung hatten, rührt davon her, daß dieselbe häufig von ungeübter Hand (Studenten) ausgeführt wird.

Pankow (Freiburg): Zur Frage der peritonealen Wundbehandlung.

Die experimentellen Untersuchungen beschäftigen sich mit den Bedingungen der Adhäsionsbildung bei Verletzungen des viszeralen resp. parietalen Peritoneums, mit der Bedeutung der Brandschorfe für diese Frage und dem Einfluß der Infektionen. Gleichzeitig wurden Versuche darüber angestellt, inwieweit die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen eine peritoneale Infektion herabgesetzt wird bei Verletzungen des Bauchfelles. Die Versuche wurden so angestellt, daß immer vier annähernd gleich schwere Versuchstiere mit gleichen Dosen von Staphylokokkus aureus infiziert wurden, wobei das Peritoneum des ersten Tieres unverletzt blieb, das des zweiten durch Schaben wund gemacht und so gelassen wurde, das des dritten wund gemacht und verschorft, und das des vierten wund gemacht und mit Alcohol. absolut. bis zur Blutstillung betupft wurde.

Die Resultate waren:

1) Bei oberflächlicher Läsion des viszeralen oder parietalen Peritoneums ohne Blutaustritt erfolgten keine Verwachsungen.

2) Bei Verschorfung des viszeralen oder parietalen Peritoneums bleiben in der Regel, doch nicht immer, die Verwachsungen aus.

3) Bei tiefgehendem Abschaben des parietalen Peritoneums bis zur diffusen punktförmigen Blutung traten in der Hälfte der Fälle Verwachsungen ein.

4) Bei gleicher Behandlung und Stillung der Blutung durch Verschorfung resp. Alkohol fand sich einmal bei ersterem Verfahren leichte Adhäsionsbildung.

5) Die Infektionsversuche ergaben, daß die Widerstandsfähigkeit des Organismus durch die Läsion des Peritoneums beträchtlich herabgesetzt wurde. Am ungünstigsten waren die Resultate bei den Tieren, bei welchen das wund gemachte Peritoneum unbehandelt blieb, während nach Verschorfung mit Glühhitze oder Alkohol die Resultate etwas bessere und ungefähr die gleichen waren.

Fromme (Halle) berichtet über Versuche, um Adhäsionsbildung in der Bauchhöhle von Kaninchen zu erzeugen. Bezugnehmend auf die Arbeiten von Baisch, der Adhäsionsbildung erzeugen konnte dadurch, daß er Blut und serosafreie Flächen in der Bauchhöhle zurückließ, stellte F. 35 Kaninchenversuche an, bei denen er nach Eröffnung der Bauchhöhle ein epigastrisches Gefäß anschnitt, zum Teil dabei die Serosa verletzte in größerer oder geringerer Ausdehnung, zum Teil nicht, und dann die Bauchhöhle sofort schloß, ohne das Gefäß zu unterbinden. Es entleerte sich bei jedem Versuche reichlich Blut in die Peritonealhöhle. Die Tiere wurden innerhalb 6—21 Tagen getötet und man fand, daß in 31 Fällen keine Adhäsionen zustande gekommen waren. Auch die serosafreien Flächen waren jedesmal gut vernarbt. Nur in vier Fällen bestanden Adhäsionen. Dieses wird auf stattgefundene Infektion zurückgeführt. Es werden daher weitere 31 Kaninchenversuche angestellt, bei denen 34 Stunden vor der Operation durch intravenöse Injektion ver-

schiedener Aufschwemmungen von Bakterien, die möglichst genau mittels Normalösen dosiert wurden, das Blut künstlich infiziert wird. Auch hier wurden nicht in allen Fällen Adhäsionen erzielt, und es werden die verschiedenen Resultate auf die Verschiedenheit der Bakterien, auf ihre verschiedene Virulenz, auf die Menge des ausgetretenen infizierten Blutes zurückgeführt.

Die Schlüsse, die F. aus seinen Versuchen zieht, sind folgende:

Man kann ruhig Blut in der Bauchhöhle von Tieren zurücklassen, es wird nach wenigen Tagen ohne Schaden für die Gesundheit der Tiere resorbiert. Ist das Blut steril, so treten keine Adhäsionen ein, einerlei, ob die Serosa verletzt wurde oder nicht. Adhäsionen kommen für gewöhnlich erst dann zustande, wenn das zurückgelassene Blut infiziert ist, und auch hier scheint es für die Ausdehnung der Adhäsionen einerlei zu sein, ob man die Serosa verletzt oder nicht.

Polano (Würzburg): Über Entfaltung der Blase mit Sauerstoff.

Vortr. berichtet über gemeinsame Versuche mit L. Burkhardt (Juliusspital, Würzburg), in geeigneten Fällen die Blasenfüllung nicht mit den allgemein üblichen Flüssigkeiten, sondern mit chemisch reinem Sauerstoff vorzunehmen. Das Verfahren hat sich in mehreren Fällen schwerster Cystitis, in denen es infolge starker blutiger oder eitriger Sekretion von seiten der Blasenwand unmöglich war, ein cystoskopisches Bild zu gewinnen, sehr bewährt. Auffallend ist die weit größere Toleranz der schwer veränderten Blase gegenüber der Sauerstoffüllung, Beobachtungen, die an eine schmerzlindernde Wirkung des Sauerstoffes, wie er auch bei Gelenkentzündungen (Hoffa) beobachtet wurde, denken lassen. Auf diese Weise konnten mehrfach Zeichnungen von schwerster Cystitis, Tuberkulose, Zottenkrebs unter Verwendung der Sauerstoffentfaltung gewonnen werden. (Demonstration.)

Analog den Erfahrungen der Chirurgen bei Gelenkradiogrammen konnte an Leichenversuchen die Überlegenheit der Röntgenaufnahmen (Blasensteine, Prostata, Urethra) bei Sauerstoffüllung der Blase nachgewiesen werden. Zur Anfüllung wurde zunächst der von Dräger-Wollenberg angegebene Apparat zur Gelenkaufblasung (Med. Klinik 1906 Nr. 20) verwendet, der in äußerst exakter und einfacher Weise die Sauerstoffentwicklung ermöglicht. An Stelle dieses komplizierten und teuren Apparates verwendet Vortr. in letzter Zeit mit völlig ausreichendem Erfolg eine einfache 120 g-Flasche, die durch einen Patentpfropfen geschlossen und mittels Gummischlauches mit einem Katheter verbunden wird. Durch Anfüllen der Flasche mit 3%igem Wasserstoffsuperoxyd und Zusatz einer als Katalysator dienenden Kalium hypermangan.-Pastille findet eine ausgiebige, durch Drehen des Pfropfenkopfes leicht regulierbare Sauerstoffentwicklung statt, wie im Wollenberg'schen Apparate. 120 ccm H_2O_2 produzieren über 1 Liter Sauerstoff, annähernd 120 ccm in der Minute. Gegenüber der einfachen Luftauffüllung der Blase vermeidet diese Methode die Gefahr der Keimeinschleppung und der Luftembolie unter Herabsetzung der Blasenempfindlichkeit.

Sippel: Über einen neuen Vorschlag zur Bekämpfung schwerster Eklampsieformen.

Unter den anatomischen Veränderungen, welche bei der Nephritis, der Schwangerschafts- und Eklampsieniere bekannt sind, hebt S. die venöse Stauung und die Volumvergrößerung der Niere hervor. Bei der Eklampsie ist jedenfalls auch den Konvulsionen ein erheblicher Einfluß auf die gewaltige Stauung in den Körpervenen zuzuschreiben. Die neue Nierenchirurgie hat diese Drucksteigerung in den Nieren zum Ausgangspunkt ihrer Eingriffe gemacht und keine geringen Erfolge dadurch erzielt. Man darf bei der Eklampsieniere in der Regel eine Vergrößerung und infolgedessen eine intrakapsuläre Drucksteigerung des Organes annehmen. Es bleibe dabei dahingestellt, ob dieser Zustand immer nur durch Stauung hervorgerufen ist, oder ob nicht auch zuweilen eine außergewöhnliche Toxinwirkung allein durch rapides Aufquellen der Epithelien dazu führen kann. S. konnte diese Tatsache, die unter der Bezeichnung Nierenglaukom bekannt ist, 1902 bei der Sektion einer Eklamptischen nachweisen. Daraus zog er den Schluß, bei solchen Eklampsiekranken, bei denen nach der Geburt die Nierensekretion trotz

entsprechender Hilfe nicht in Gang kommt, die beiderseitige Nierenspaltung vorzuschlagen. Edebohls hat diese Operation in drei Fällen mit Glück ausgeführt. Er führt die Operation auch während der Schwangerschaft aus und glaubt dadurch in Zukunft eine jede Unterbrechung der Schwangerschaft überflüssig machen zu können. S. möchte der Operation ein bescheideneres Gebiet eröffnen. Nicht die Schwangere darf man operieren, sie muß man entbinden, da durch die Entbindung die Stauung nach der Niere beseitigt wird und Heilung ohne Operation erfolgen kann. Operiert man die Schwangere und erfolgt wirklich Besserung, so kann bei Fortbestehen der Schwangerschaft jederzeit von neuem eine Stauung und von neuem Eklampsie eintreten, ganz abgesehen davon, daß man mit der fortgesetzten Bildung der toxischen Substanz zu rechnen hat. S. empfiehlt die Operation vorläufig nur für Entbundene, in der vollen Überzeugung, daß sie imstande ist, sonst verlorene Menschenleben zu erhalten. Solche Fälle werden sich nicht besonders häufig finden, welche für die Operation geeignet sind. Wird sich diese Operation als erfolgreich erweisen, so würde durch sie noch ein weiterer Gewinn erzielt werden; sie würde in gewisser Hinsicht auch ätiologisch aufklärend wirken insofern, als dadurch der Beweis erbracht würde, daß das Fortbestehen der Eklampsie post partum bei diesen Fällen nicht auf einer weiteren pathologischen Giftproduktion oder auf einem Freiwerden irgendwo gebundener Gifte beruht, sondern lediglich auf der mangelnden Ausscheidung toxischer Stoffe durch die geschädigten Nieren, eine Aufklärung, welche event. wohl geeignet wäre, auch gewisse Rückschlüsse auf die Ätiologie der Eklampsie überhaupt zu gestatten.

Krönig: Bestimmt ist die Dekapsulation der Niere mit eventueller Nierenspaltung bei schwerster Form der Eklampsie zu versuchen, obgleich die bisherigen Erfahrungen der Chirurgen mit diesem Operationsverfahren bei akuten Nephriten nicht allzu große Hoffnungen aufkommen lassen. Es ist richtig, daß Edebohls sein Verfahren auch bei allen chronischen Nierenerkrankungen empfiehlt, wo es vielleicht weniger wirkungsvoll ist. Die von Edebohls mitgeteilten Resultate bei Eklampsie scheinen für sein Verfahren zu sprechen.

Schickele (Straßburg): Über die Einbettung des menschlichen Eies im Ovarium.

Die frühen Stadien von Ovarialgravidität mehren sich. Unter den zur Befeuchtung der obigen Frage verwertbaren Fällen werden die von C. van Tussenbroek und Franz beschriebenen hervorgehoben, denen S. einen dritten zufügt. Es liegt wohl kein Zweifel darüber vor, daß in dem ersteren Falle das junge Ei innerhalb eines Follikels liegt, dessen Wand geborsten ist. Dagegen sieht man im zweiten Falle die Eireste außerhalb des frischen Corpus luteum liegen, frei im Gewebe drin, so daß fötale Zellen die maternen Bindegewebszellen direkt berühren. Im dritten Falle liegt die Eimole dicht neben dem Corpus luteum und hat dessen Wand in einem umgrenzten Abschnitte stark ausgedehnt. Die Höhle selbst des Corpus luteum ist unbeteiligt. In diesen beiden Fällen hat sich sicherlich das Ei bzw. seine Reste außerhalb des Follikels niedergelassen, innerhalb des Ovarialstromas gleichsam. Nischen und Buchten der Ovarialoberfläche, die an jedem Ovarium zahlreich vorhanden sind, können einem befruchteten Ei Schutz bieten. Sie sind fast immer mit Keimepithel ausgekleidet. Auf dem Grunde solcher Buchten könnte das Ei sich niederlassen, ähnlich wie im Uterus und der Tube zwischen den Keimepithelzellen hindurch in das darunterliegende Stroma ovarii sich festsetzen und hier diffus in die Umgebung hineinwachsen. Diese epovariale Implantation erklärt die topographischen Lageverhältnisse des Eies in den Fällen von Franz und S. und würde der intrafollikulären (van Tussenbroek) gegenüberzustellen sein.

O. Schäffer (Heidelberg). Über den histologischen Aufbau und Ernährungsstörungen intraligamentärer Geschwülste.

Nach Amann jun. (in A. Martin's Handbuch) fehlen bis jetzt nahezu völlig histologische Untersuchungen intraligamentärer Fibromyome. Deshalb mikroskopische Untersuchung eines durch Köliotomie von einer 45jährigen Frau gewonnenen

mannskopfgroßen intraligamentären Cysto-myxo-fibromyoms an verschiedenen bemerkenswerten Stellen mittels Serienschnitten. Der obere abdominale Tumorpol cystisch, der intrapelvine Teil fibromyomatös, vaskularisiert nur von dem Vorderblatte der Basis des Lig. lat. Hier also der Tumor, ohne Verbindung mit dem Uterus, autochthon, und zwar an diesem Ernährungshilus das Fibromyom sitzend, zusammen mit allen Cysten umhüllt von einer derben Gesamtmembran. Innerhalb dieser und am Rande des Fibromyoms kleinere und kleinste Cysten, die sich als epithellos und aus ödematösem und myxoid degenerierten fibromyomatösem Gewebe hervorgegangen erwiesen, also Pseudocysten. Ebenso die Gesamtmembran. In dieser im Cystenteile des Tumors fingerdicke und -lange, drehrunde, harte Stränge mit Knollen, organische Gebilde vortäuschend. Diese erweisen sich als stark vaskularisiert, und offenbar zufolge ihrer direkten Ernährung gut fibromyomatös erhalten. Aus den Stammarterien, die, wie überall alle Gefäße, stark dilatiert sind, Seitenäste fächerförmig austretend und bald im myxoiden und ödematösen Narbengewebe kapillär endigend; hier obige Knollen. Je weiter vom Ernährungshilus entfernt, desto mehr Ödem, myxoide Degeneration, hyaline Gefäßwandentartung, Cystenbildung.

Bei den sogenannten hämorrhagischen intraligamentären Adenokystomen stellte Vortr. eine analoge Hilusernährung mit gleichen distalen nekrobiotischen Erscheinungen fest; infolge der Gefäßentartung und der hochgradigen Stauung in den am Hilus sitzenden, direkt vaskularisierten Papillen Blutextravasate und Hämorrhagien in das Tumorinnere hinein.

Pankow (Freiburg): Über Reimplantation der Ovarien beim Menschen.

Die erfolgreichen Tierexperimente über Transplantation der Ovarien von einer Stelle zur anderen bei demselben Tier oder von Tier zu Tier und sogar von Art zu Art berechtigen auch die Reimplantationsversuche beim Menschen. Solche sind besonders in Amerika und Frankreich erfolgreich ausgeführt worden, und zwar ist sowohl die Umpflanzung der eigenen (autoplastische Transplantation) wie die Einpflanzung von Ovarien anderer Frauen (homoplastische Transplantation) gelungen. Morris hat sogar einmal bei letzterem Verfahren Schwangerschaft und Geburt eines ausgetragenen Kindes erlebt.

P. berichtet über neun eigene Beobachtungen, und zwar über sieben autoplastische und zwei homoplastische. Die sieben ersteren wurden ausgeführt:

einmal wegen Osteomalakie,
viermal wegen Blutungen,
einmal wegen Blutungen und Dysmenorrhöe,
einmal wegen Dysmenorrhöe allein.

Rein experimentell angesehen, war von sechs bisher nachuntersuchten Fällen fünfmal ein positiver Erfolg zu verzeichnen. Der letzte Fall ist zwar erst 6 Monate nachbeobachtet, doch lassen die starken Ausfallserscheinungen und die eingetretene Genitalatrophie wohl annehmen, daß die Eierstocksfunktion erloschen ist. Die Ovarien wurden regelmäßig in eine Bauchfelltasche zwischen Blase und Uterus eingenäht. Die Versuche ergaben einwandsfrei, daß die autoplastische Transplantation auch beim Menschen möglich, und daß die Wirkung der Ovarien als innere Sekretion aufzufassen ist. Die erste Periode nach der Operation trat meist erst nach 3—6 Monaten ein. Die implantierten Ovarien verkleinern sich schnell bis auf Kirsch- oder Haselnußgröße, um danach kaum noch an Größe abzunehmen. Der Fall mit reiner Dysmenorrhöe hatte nach der Operation dieselben Beschwerden wie vorher, ebenso der mit Blutung komplizierte. Die Blutungen waren nach der Operation entweder gleich stark aber seltener, oder seltener und schwächer. Besonders interessant war der Verlauf der Osteomalakie. Gleich nach der Operation trat eine rasche Besserung, mit dem Wiedereintreten der Periode aber eine sehr deutliche erneute Verschlechterung ein, und erst durch fortgesetzte Allgemeinbehandlung mit Soolbädern und Lebertran erfolgte völlige Heilung.

Die beiden Fälle von homoplastischer Transplantation bei vor 2 resp. 3 Jahren kastrierten Frauen hatten keinen Erfolg. Vielleicht verspricht hier die Implanta-

tion kleinerer Stücke, die schneller vaskularisiert werden können und, ohne erst in physiologischer Kochsalzlösung gelegen zu haben, direkt von Frau zu Frau übertragen werden, mehr Erfolg. Schließlich könnte man auch die Ovarien von Neugeborenen zur Implantation verwenden.

Schaller (Stuttgart): Zur Vaporisationsfrage.

S. hat seine 26 Vaporisationsfälle, die zum Teil schon 4 Jahre und länger zurückliegen, in allerletzter Zeit nachuntersucht und die Resultate zusammengestellt.

Er verwendet den Pinkus'schen Apparat mit Dührssen'schem Ansatz, den er bezüglich Cervixschutz und gleichmäßiger Dampfeinwirkung dem Pinkus'schen entschieden für überlegen hält.

Er narkotisiert, dilatiert bis Hegar 13 und führt stets Abrasio und Vaporisation einzeitig aus. Penible Trockenlegung des Uteruscavums ist von wesentlicher Bedeutung für zuverlässige Wirkung. Die Dampfeinwirkungsdauer schwankte zwischen 20 Sekunden und 6 Minuten. Die Temperaturen zwischen 125 und 105°. Komplikationen, wie Fieber, Exsudatbildung u. dgl. sind niemals aufgetreten. Die Hauptanzeige bildeten 16 Fälle präklimakterischer Blutungen, bei denen insgesamt klinisch ein voller Erfolg zu verzeichnen ist. Die in 13 Fällen angestrebte Obliteration wurde jedoch nur in sieben Fällen erreicht. Von diesen trat viermal Hämatometrabildung mit Koliken, jedoch spontaner Entleerung nach 1—18 Monaten ein.

Bei jüngeren Personen wurde nur zweimal vaporisiert. Beide Fälle illustrieren die Inkonstanz der Wirkung und Unmöglichkeit der Dosierung.

Bei Myomen erwies sich die Vaporisation nicht nur als nutzlos, sondern auch als gefährlich, insofern in einem Falle 5 Monate nach der Dampfung zwei nekrotisierende Myome unter Fieber ausgestoßen wurden.

Dagegen kann bei hartnäckigen, nicht infektiösen, »katarrhalischen« Katarrhen, wie sie Walcher nennt, sei es des präklimakterischen oder des klimakterischen Alters, die nicht selten vergesellschaftet sind mit mehr oder weniger hochgradigem Pruritus, das Obliterationsverfahren entschieden als rationell empfohlen werden. In vier hierhergehörigen, außerordentlich hartnäckigen Fällen trat ein voller Erfolg ein. Ausfluß und Pruritus verschwanden gänzlich.

S. faßt die von ihm gemachten Erfahrungen in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1) Die Vaporisation ist ein Heilmittel, welches die Abrasio in einer gewissen Anzahl von Fällen in wirksamer Weise zu ergänzen vermag.

2) Eine exakte Dosierung ist jedoch nicht möglich, weil die Individualität des Uterus ein unbekannter Faktor ist, Mißerfolge stehen deshalb Übererfolgen gegenüber.

3) Aus diesem Grunde ist bei jugendlichen Frauen im gebärfähigen Alter die Vaporisation zu verwerfen, da auch nach kurzer Einwirkung hoher Temperaturen Menopause und Obliteration erfolgen kann.

4) Die Vaporisation bei jeglicher Art von Myomen ist als erfolglos und gefährlich kontraindiziert.

5) Auch lange, bis zu 6 Minuten dauernde Vaporisation nach gründlicher Trockenlegung des Uteruscavums ist häufig nicht imstande Menopause oder Obliteration herbeizuführen, und so bei anderswie unstillbaren Blutungen als harmloserer Eingriff die Totalexstirpation zu ersetzen.

6) Gelegentliche, nur partielle Obliteration mit Zurückbleiben menstruierender Schleimhautpartien und damit Hämatometrabildung mit all ihren üblen Folgen kann trotz aller Sorgfalt der Technik nicht sicher vermieden werden.

7) Bei hartnäckigen, nicht infektiösen, gegen andere Behandlungsmethoden refraktären, häufig mit Pruritus vergesellschafteten Katarrhen kann das Obliterationsverfahren gute Dienste leisten.

Ziegenspeck: Über Pessarien.

Ausgehend von den Forderungen, welche B. S. Schultze und Prochownik an ein gutes Pessar gestellt haben, berichtet Z. über die von ihm seit vielen Jahren

mit gutem Erfolg angewandten Formen, es sind dies zwei Prolaps- und zwei Retroflexionspessarien, das Schleifenpessar gegen Proktokolpokele, das Zangenbügelpessar gegen Cystokolpokele mit Retroflexio, ferner das Gabelpessar und das verbesserte Thomaspessar gegen Retroflexion. Er bespricht dann ausführlich ihre Vorzüge und die entsprechenden Indikationen. Die Retroflexionsbehandlung beginnt er meist mit dem Thomaspessar. In Fällen aber, wo die Pat. selbst oder ungeübtes Personal den Ring entfernen soll, in Fällen von Peritonitis Douglasii, von Verletzungen oder von Narben im Fornix posterior, auch bei kurzer Portio, legt Z. das Gabelpessar ein. Dasselbe besteht aus einem Hodgepessar, dessen oberer Bügel gabelförmig umgebogen ist, um die Portio von vorn gabelförmig zu umfassen. Die Schultze'sche Acht legt er nur noch in Fällen von Extramedianstellung der Cervix ein. Zur Korrigierung der Cystokolpokele mit Retroflexio wendet Z. einen größeren Thomasring an, der von unten her zungenförmig eingebogen ist. Für Proktokolpokele ist das Schleifenpessar zu empfehlen. Es stellt ein ovales Pessar dar, an welchem der obere Bügel in Schleifenform nach unten umgebogen und gleich einer Pelotte imstande ist, eine sich in das Oval eindrängende Proktokolpokele zurückzuhalten. — Diese verschiedenen Pessarformen erfüllen im großen und ganzen die an gute Pessare zu stellenden Anforderungen.

H. W. Freund (Straßburg): Demonstrationen.

1) Drei Myome, bei bestehender Schwangerschaft durch den Bauchschnitt gewonnen. Zweimal konnte die Schwangerschaftsdiagnose an der bekannten Auflockerung der Scheide und Portio neben klinischen Symptomen gestellt werden. In einem Falle zeigten sich toxische Erscheinungen, wie sie W. A. Freund beschrieben hat. Zweimal handelte es sich um Schwangerschaft im 2. Monate; supravaginale Amputation. Heilung. Die Eier sitzen in mächtig gewucherter Schleimhaut, eins ist ein abortives. Im dritten Falle wurde ein kindskopfgroßes Myom bei bestehender Schwangerschaft im 2. Monat aus dem Lig. lat. ausgeschält. Spontaner Abortus nach 12 Stunden. Heilung.

2) Uterus unicollis bicornis von einer 20jährigen Virgo. Eine sehr dicke, breite Bauchfellamelle geht median zwischen beiden Uterushörnern durch. Ein sehr großes Karzinom des Colon transversum lag auf dem linken Horn und war an der Bauchfellamelle durch Stränge adhärent, so daß Tumor ovarii diagnostiziert war. Köliotomie. Resektion des Kolon. Primäre Heilung. Tod nach 2 Monaten an mediastinalen und Lungenmetastasen.

Schottländer (Heidelberg) berichtet über einen in der Frauenklinik operierten Fall von Uterus bicornis (subseptus) unicollis cum vagina subsepta, Cystenbildung und Drüsenwucherung im Gebiete des linken cervicalen und vaginalen Gartner-Gangabschnittes und doppelseitigen Tuboovarialcysten. Da die Ansatzstelle des linken runden Bandes an dem linken, schwächer entwickelten Horn lateral- und aufwärts verschoben, da sie bedeutend breiter ist als rechts; da ferner die Lokalisation des erhaltenen Gartner-Gangabschnittes auf eine laterokaudale vielleicht außerdem infolge entsprechender Verlagerung des Cervixlumens auf eine ventrale Verschiebung hindeutet, so glaubt Vortr. in seinem Falle bis auf weiteres eine Stütze der von Frankl (Volkmann's Sammlung N. F. Nr. 363) aufgestellten Theorie erblicken zu dürfen, nach welcher manche Mißbildungen der weiblichen Genitalien auf eine verzögerte Involution des kaudalen Urnierenpoles zurückzuführen sind. (Ausführliche Veröffentlichung im Archiv für Gynäkologie.)

Polano (Würzburg): Demonstration einer seltenen Mißbildung.

Die betreffende Frucht wurde am Ende der Schwangerschaft, nachdem 8 Wochen vorher der Blasensprung erfolgt war, im Zusammenhange mit den Eihäuten frisch abgestorben ausgestoßen. An der unteren Fruchthälfte, die extraamniotisch und chorial entwickelt ist, finden sich, abgesehen von Extremitätenverkrümmung, vor allem am Urogenitalapparate keine Veränderungen. Die obere Hälfte der Frucht weist eine Fülle von Abnormitäten auf, als deren wichtigste zu nennen sind: multiple Spaltbildung (seitliche Thorax-Abdominalspalte, Oberkieferspalte, Hemicephalie), Verwachsung der aus diesen Spalten prolabierten Organe

mit den Eihäuten, Verkümmerung der Oberextremitäten (Defekt des rechten Humerus, der linken Handwurzel u. a. m.), Verkrümmung der Wirbelsäule. Die Beschränkung der Mißbildungen auf die obere Fruchthälfte spricht dafür, daß mechanische, außerhalb der Frucht gelegene Momente, welche allein die obere Fruchthälfte geschädigt haben, ursächlich für diese Deformitäten in Betracht kommen. Derartige Schädigungen können am ersten durch Haltungsanomalien der Frucht und Schädigung der normalen sekretorischen Fähigkeit des amniotischen Epithels eine teilweise Erklärung finden.

Schickele (Straßburg): »Prämonitorische Blutungen« bei Rupturen vorgeschrittener Tubargraviditäten.

Bei manchen Tubargraviditäten stößt die Diagnose der Ruptur auf Schwierigkeiten. Es sind wohl Zeichen einer Blutung vorhanden, aber deren Symptome sind weniger imponierend, so daß eher die Annahme eines Tubarabortes berechtigt erscheint. Solche geringere Blutungen können sich wiederholen, bis dann plötzlich ein schwerer Erguß eintritt und die Diagnose der Ruptur mit Überschwemmung auf der Hand liegt. Bei der Betrachtung geeigneter Präparate — meist handelt es sich um Graviditäten vom 3.—5. Monat — ist die Erklärung dieser anfänglichen kleineren Blutungen leicht, und ihre Bedeutung als Vorboten einer größeren Blutung leuchtet ein. Man findet an Tubensäcken, wie S. zwei demonstriert, außer dem größeren Riß, der zur abundanten Blutung geführt hat, mehrere unter Blutgerinnseln verschiedenen Alters versteckte kleinere Rupturen der Tubenwand, aus denen Zottengewebe hervorragt, ähnlich den von Aschoff-Ulesko-Stroganowa bei Abortus beschriebenen. Die Stellen sind selten größer als 6 bis 8 mm im Durchmesser; ihre Ränder sind papierdünn: hier haben sich die Ektodermzellen des Fötus langsam durch die Tubenwand hindurchgegraben, bis sie auch das Peritoneum durchbrachen. Die Blutung war jedoch noch eine geringe, weil in der nächsten Nähe der hochgradig verdünnten Tubenwand keine größeren Gefäße vorhanden sind. Blutgerinnsel haben die kleine Dehiszenz bedeckt. Solche Blutungen können sich wiederholen; besonders an dem einen der demonstrierten Präparate sind mehrere kleine Rupturstellen an verschiedenen Bezirken der Tubenwand nachweisbar, die Quellen der in den Krankengeschichten notierten wiederholten Blutungen. Konfluieren mehrere solcher usurierter Abschnitte, dann kommt ein größerer klaffender Riß zustande, der eine abundante Blutung zur Folge hat. Diesen Entwicklungsgang kann man an beiden demonstrierten Präparaten verfolgen. — Der 11 cm lange Fötus des zweiten Präparates zeigt eine interessante Verletzung an der linken Brusthälfte, die Herz und Lungen bloßgelegt hat. Da sie bestimmt nicht artifiziell erfolgt ist, kann sie nur entstanden sein, indem der über sich selbst gebeugte Fötus mit einer gewissen Kraft aus dem Riß der Tube herausgepreßt wurde und so seine überdehnte Körperseite zum Bersten kam.

Schaller (Stuttgart) demonstriert einen 7monatigen Fötus mit multiplen Mißbildungen, wie Hydrencephalocele posterior, rechtsseitigem Anophthalmus, Hasenscharte und Wolfsrachen, rudimentärer Entwicklung des rechten Armes, Kontrakturen und Klumpfußbildung der unteren Extremitäten, vor allem aber einer kompletten Thorakogastroschisis, in deren Bruchsack im oberen Teile sich das ektopierte Herz, im unteren Teil, übrigens durch das Zwerchfell getrennt, die Leber, Milz und Därme vorfinden. Infolge der spiralförmig gewundenen Wirbelsäule erscheint die untere Körperhälfte gegen die obere um 180° gedreht, so daß die Extremitäten auf der Hinterseite des Fötus zu entspringen scheinen.

Das Bemerkenswerteste ist jedoch ein totaler Defekt der Nabelschnur, die Gefäße treten unmittelbar aus der Bauchhöhle an die Placenta heran, welche ihrerseits ganz breit, etwa in der Mitte des Bauchbruches, an Bruchsack und Leber festhaftet. Derartiges vollständiges Fehlen der Nabelschnur ist seines Wissens erst in drei Fällen in der Literatur geschrieben worden. Stets handelte es sich um nicht ausgetragene, dem 7. Schwangerschaftsmonat entsprechende Kinder mit noch anderweitigen Mißbildungen.

Gauss (Freiburg i. Br.): **Typische Veränderungen der Blase, Harnleiter und Nierenbecken in der Schwangerschaft an der Hand von cystoskopischen und röntgenographischen Bildern.**

Die Schwangerschaft ruft in der Blase drei Kardinalveränderungen hervor.

Die erste davon ist eine ausgedehnte aktive und passive Hyperämie der Schleimhaut, die sich in einer gewissen Gesetzmäßigkeit in der arteriellen Gefäßzeichnung deutlich zu erkennen gibt, die bei den Venen fehlt.

Die zweite Hauptveränderung der Blase in der Schwangerschaft ist eine Hypertrophie gewisser Gebilde.

Sie betrifft in erster Linie die dem Ureter zugehörigen Teile der Blasenwand. Es besteht häufig eine wallartige Erhebung über dem die Blasenwand durchbohrenden Ureterabschnitt; der Ureterwulst zeigt eine mannigfache Vergrößerung im ganzen oder in seinen einzelnen Teilen; sogar die von ihm zum inneren Schließmuskel ziehenden Ausläufer der die Ureterwand bildenden Muskelbündel zeigen oft eine deutliche Hypertrophie.

Die dritte Hauptveränderung der Blase in der Schwangerschaft kennzeichnet sich als eine eigenartige Abweichung von ihrer sonstigen Form.

Der immer größer werdende Uterus drückt den oberen Teil der Blasenhinterwand nach und nach immer stärker ein, so daß eine für die Schwangerschaft charakteristische Schattenzeichnung entsteht.

Gegen Ende der Schwangerschaft, je nach Einstellung des Kopfes zum Becken, entstehen an Stelle des früheren Blasenlumens ein oder zwei hohe und schmale Spalträume, deren cystoskopische Besichtigung wegen der Raumeinengung außerordentlich erschwert ist.

Weitere Bilder illustrieren die durch Retroflexio uteri gravidi hervorgebrachten charakteristischen Gestaltsveränderungen der Blase, sowie die durch Descensus und Prolapsus vaginae bedingten Verlagerungen des Blasenbodens.

Das Studium der Blase im Wochenbette zeigt ebenso interessante Verhältnisse.

Häufig ist infolge der erschlafften Blasenwände die Peristaltik der ihr aufliegenden Darmschlingen an einem interessanten Schattenspiele zu erkennen.

Die Folgen der Geburt zeigen sich an Schwellungszuständen des Schließmuskels und Trigonums, an typischen Schleimhautblutungen, event. sogar an Drucknekrosen und Fisteln, die sämtlich die disponierende Grundlage für eine Cystitis bilden können.

Die verschiedenartigen Formen der Cystitis werden an einzelnen charakteristischen Bildern vorgeführt.

Ein zweiter Teil schildert die röntgenographisch dargestellten Formveränderungen der Blase in den verschiedenen Monaten der Schwangerschaft und im Wochenbette bei normalen und pathologischen Zuständen.

In den ersten Schwangerschaftsmonaten gleicht der Blasenschatten der Form einer mehr oder weniger tief eingekerbten Bohne, in den späteren Monaten wird daraus die Figur einer Mondsichel; gegen Ende der Schwangerschaft und in der Geburt ziehen sich beide oder auch nur das eine Horn der Mondsichel — je nach Einstellung des Kopfes —, den kindlichen Kopf umgreifend, hoch nach oben aus.

Im Wochenbett ähnelt der Blasenschatten anfangs dem der mittleren Schwangerschaftsmonate, zeigt aber nach 6 Wochen meist wieder die Form der normalen Blase.

Die Lageanomalien des Uterus und der Scheide mit ihren charakteristischen Veränderungen der Blasenform finden eingehende Berücksichtigung. Auch der gelegentliche Einfluß der Hebotomie auf die Blasenform wird vorgeführt.

Zum Schluß werden auch die Veränderungen von Ureter- und Nierenbecken in der Schwangerschaft an der Hand von Röntgenogrammen einer Besprechung unterzogen.

An Stelle der normalen Verhältnisse prägen sich im Röntgenschatten Knickungen, Schleifenbildungen und Dilatationen des Ureters, sowie mehr oder weniger starke Veränderungen des Nierenbeckens und der Nierenkelche deutlich aus.

Halban und Tandler: Zur Anatomie und Ätiologie der Genitalprolapse.

Der Genitalprolaps präsentiert eine Hernie des Hiatus genitalis. Unter Hiatus genitalis verstehen wir die im Levator ani befindliche, in ihrem Längsdurchmesser sagittal gestellte Lücke, welche seitlich von den inneren Rändern der beiden vorderen Schenkel dieses Muskels, vorn von der Symphyse und hinten vom Rektum begrenzt wird. Die beiden Levatorschenkel vereinigen sich hinter dem Rektum, so daß dieses, die Vagina und die Urethra zwischen ihnen durchziehen. Die relativ große Lücke wird noch gedeckt durch den an der äußeren Seite des Levator ani gelegenen Musculus transversus perinei profundus. Diese Muskelanordnung hat eine außerordentlich wichtige Bedeutung für die Erhaltung des Situs der Genitalorgane. Der Uterus wird allerdings durch seine Verbindung mit der Nachbarschaft im Zustande der Schwebe erhalten, aber diese Verbindung ist niemals imstande, der Aktion der Bauchpresse, namentlich der forcierten gegenüber, standzuhalten. Die Wirkung der Bauchpresse kann nur durch einen intakten Muskelapparat des Beckenbodens paralysiert werden.

Wenn wir den Inhalt der Bauchhöhle in Analogie setzen mit einer zähflüssigen Masse, so ergibt sich, daß der Druck der Bauchpresse zunächst wohl in der Richtung des Druckes und unmittelbar darauf nach allen Richtungen hin gleichmäßig sich fortpflanzt, ferner geht daraus hervor, daß die Richtung des Druckes senkrecht auf die Wände des Bauchraumes stattfindet. Die der Bauchwand anliegenden Organe werden dementsprechend gegen die Wand gepreßt, insolange natürlich die Wandung intakt ist. Ist diese aber an einer Stelle insuffizient, so wird sie dem Drucke keinen genügenden Widerstand entgegensetzen, und die dieser Partie anlagernden Organe werden senkrecht auf die Ebene der Lücke hinausgepreßt werden.

Während normalerweise der muskuläre Beckenboden einen vollkommen hinreichenden Abschluß darstellt, kann unter gewissen Umständen (Geburtstrauma, Lähmung der Spina bifida) eine Insuffizienz des Muskelapparates eintreten, deren Folgen sich in einem mangelhaften Verschluß des Hiatus äußern. Dadurch entsteht eine Art Bruchpforte.

Fällt in die Projektion des nicht schlußfähigen Hiatus der ganze Uterus, so entsteht ein Totalprolaps. Es ist dabei gleichgültig, ob der Uterus ante- oder retrovertiert liegt. Gewöhnlich wird also ein Totalprolaps zustande kommen, wenn der Uterus senil atrophisch ist.

Viel häufiger aber als der Totalprolaps ist die hypertrophische Elongation, besonders bei retrovertiertem Uterus. Die Entstehung dieser Form kommt folgendermaßen zustande: Wenn der Uterus in Retroversio liegt (was sehr häufig eine Begleiterscheinung der Levatorinsuffizienz ist, weil beide auf die Geburtsvorgänge zurückzuführen sind), so kommt es dabei häufig zu einem Descensus uteri. Dadurch fällt nun die Cervix in den Bereich des Hiatus. Infolgedessen wird diese Partie des Uterus ihrer Stütze beraubt, durch die Bauchpresse vorgetrieben, das Corpus uteri aber an den unterstützenden Beckenboden gepreßt. Dadurch wird das Korpus fixiert, die Cervix unter dem Einfluß des Druckes elongiert.

Da auch ein Teil der Blase und die vordere Vaginalwand bei schlußunfähigem Hiatus ihrer Stütze beraubt sind, wird der Druck der Bauchpresse auch den in das Gebiet der Hiatus fallenden Teil der Blase und der vorderen Vaginalwand zugleich mit dem Uterus vorpressen. Ebenso kann sich auch durch die Vergrößerung des Hiatus aus einer hypertrophischen Elongation ein Totalprolaps entwickeln, wenn der Hiatus den ganzen Uterus aufnimmt. Die hintere Vaginalwand wird nur soweit in den Vorfall einbezogen, als sie innerhalb des Hiatus genitalis zu liegen kommt (auch hier Druckwirkung).

Neben den gewöhnlichen Formen der Prolapse, bei welchen sich der Druck auf die vordere Wand des Uterus geltend macht, gibt es noch eine zweite Gruppe, bei der sich die Druckwirkung zunächst auf die hintere Uterus- und Vaginalwand äußert. Dies ist der Fall bei abnorm tiefem Douglas. Dabei wird das Corpus uteri in verstärkte Anteversio gebracht und gegen die Symphyse gepreßt. Liegt nun in einem solchen Falle die Cervix innerhalb des Hiatus, so wird sie und die

hintere Vaginalwand, soweit sie der Druckwirkung unterliegen, vorgepreßt und elongiert. Dadurch entstehen Prolapse der hinteren Vaginalwand mit hypertrophischer Elongation des Uterus bei Anteversionsstellung des letzteren. Die Entstehung aller dieser verschiedenen Prolapsformen läßt sich leicht experimentell demonstrieren. Dies ist an dem vom Vortr. demonstrierten Phantom in anschaulicher Weise zu verfolgen.

Originalien.

(Aus der kgl. Frauenklinik zu Dresden [Direktor: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Leopold].)

Beitrag zur Ätiologie des Arterio-mesenterialverschlusses des Duodenums[1].

Von

Dr. med. **F. Lichtenstein,**

Assistent an der Klinik.

Die Seltenheit der Fälle von arterio-mesenteriellem Verschluß des Duodenums rechtfertigt die Mitteilung des folgenden Falles.

Frau J., 29jährige Arbeitersfrau, kommt am 29. Juni 1906 in die Klinik. Sie will stets gesund gewesen sein, ist hereditär nicht belastet. Erste Regel mit 15 Jahren, 4wöchentlich, 4—5 Tage, mittelstark. Sie hat drei ausgetragene Kinder spontan geboren, das letzte vor 1 Jahre. Wochenbetten fieberfrei. Keine Fehlgeburt. Seit der Geburt des letzten Kindes klagt die Frau über Stiche in der rechten Unterleibsseite. Der gestern konsultierte Arzt schickt sie wegen eines Gewächses im Leib in die Klinik.

Letzte Regel vor 14 Tagen, wie gewöhnlich.

Mittelgroße Frau in mäßig gutem Ernährungszustande. Gesichtsfarbe blaß, Haut rein, keine Ödeme, geringe Varicen an beiden Unterschenkeln. Herztöne rein, Grenzen normal. Lungen gesund, Zunge feucht, ohne Belag. Rachen nicht gerötet. Appetit gut, Stuhl regelmäßig. Harn frei von Eiweiß und Zucker.

Leibesumfang 69 cm. Der untere Teil des Abdomens ist kugelig vorgetrieben, man fühlt daselbst nach rechts hin einen fast kindskopfgroßen Tumor, den man in das kleine Becken hinein verfolgen kann. Der Tumor reicht nach oben bis zum Nabel, läßt sich nach beiden Seiten abgrenzen. Konsistenz prall-elastisch. Kein Ascites. Tumoroberfläche glatt. Leber, Milz ohne Besonderheiten.

Brüste schlecht entwickelt, sezernieren beide.

Vulva ohne Besonderheiten. Vagina mittelweit. Portio steht links hinten. Uterus nach links und aufwärts verschoben, ist wenig beweglich neben dem Tumor abzutasten. Der Tumor ist nicht beweglich, füllt das ganze kleine Becken aus. In den Sekreten keine spezifischen Keime. Kein Fieber.

Diagnose: Rechtsseitige Parovarialcyste, intraligamentär entwickelt, oder rechtsseitiges, intraligamentäres Myom, erweicht.

Laparotomie am 2. Juli 1906. Die Lage des Uterus bestätigt. Der Tumor ist ein ganz erweichtes, der rechten Uteruskante angehöriges, intraligamentär entwickeltes Myom von lipomatöser Konsistenz.

Entfernung des Tumors in typischer Weise mit Abtragung der rechten Adnexe. Operation und Äthernarkose ohne Störung.

---

[1] Nach einem Vortrage, gehalten in der Gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden am 19. Juli 1906.

Die Präparate zeigen makroskopisch nichts Außergewöhnliches. Die mikroskopischen Diagnosen lauten: Normale Tube, Oedema ovarii, Myoma vasculosum.

2. Juli, 6 Uhr nachm.: Frau hat sich von der Narkose gut erholt. Keine Schmerzen. T. 36,6; P. 72.

3. Juli, 6 Uhr nachm.: T. 36,8; P. 76. Keine Schmerzen, geringes Aufstoßen. Blähungen noch nicht abgegangen.

4. Juli, 6 Uhr nachm.: T. 37,4; P. 92. Status idem.

5. Juli, 6 Uhr nachm.: T. 37,2; P. 104. Sehr viel Aufstoßen. Kein Erbrechen. Noch keine Blähungen, auch nicht nach Einlegen eines Mastdarmrohres.

6. Juli, 6 Uhr nachm.: T. 37,3; P. 116. Allgemeinbefinden mäßig, doch nicht bedrohlich. Viel Aufstoßen. Kein Erbrechen. Nach Abnahme des Verbandes findet sich eine links am Rippenbogen beginnende Dämpfung, die bis 2 Querfinger oberhalb des linken Poupart'schen Bandes herabreicht. In diesem Bezirk ist die Konsistenz teigig. Auf Druck geringe Schmerzhaftigkeit. Rechts normale Beschaffenheit der Bauchdecken, überall Darmton.

6. Juli, 9 Uhr nachm.: Pat. erbricht zum ersten Male; das Erbrochene ist nicht fäkulent. P. 116, leidlich kräftig.

7. Juli, 6 Uhr vorm.: Allgemeinbefinden bedeutend verschlechtert. P. 120, klein, T. 37,4. Frau erbricht öfter, hat starken Singultus. Trotz hohen Einlaufes von 3 Liter Kochsalzlösung gehen keine Blähungen ab.

Die Diagnose Peritonitis wird ausgeschlossen wegen der niederen Temperatur und des Mangels größerer Schmerzhaftigkeit des Leibes. Es kann sich demnach nur um Ileus handeln, der zur Relaparotomie drängt, da der Einlauf nichts genützt hat.

Bei der Operation (Aufschneiden der Bauchdeckennähte) findet man rechts neben der Uteruskante in der Nähe der Nahtstelle zwei verlötete, zusammengefallene Darmschlingen. Das Peritoneum glatt, glänzend, aber stark injiziert, keine seröse Ausschwitzung oder fibrinöse Auflagerung. Lösung der Darmschlingen, Schluß der Bauchwunde, nachdem zwei hohe Einläufe von je 3 Liter Kochsalzlösung den Erfolg gehabt hatten, daß viel Blähungen und breiige Fäces mit abgegangen waren.

Während der Operation erfolgte nochmals profuses, nicht fäkulentes Erbrechen. Nach der Operation war die linksseitige Spannung und Infiltration der Bauchdecken verschwunden. Puls 140, fadenförmig. 1000 g Kochsalzlösung subkutan, stündlich eine Spritze Kampfer.

Nach der Operation keine Besserung. Die Frau verfällt rapid, Puls dauernd 140 und darüber. Gesicht graugelb. Atmung erschwert, allmählich unregelmäßig werdend. $1^1/_2$ Stunden p. op. Exitus letalis.

Sektion der Bauchhöhle (Herr Prosektor Dr. Geipel): »Leber überragt um 4 Querfingerbreiten den Schwertfortsatz und schneidet mit dem rechten Rippenbogen ab. Der Magen ist hochgradig gebläht, füllt die mittlere Bauchhöhle vollständig aus, steht mit seiner großen Kurvatur 3 Querfinger breit oberhalb des Promontoriums. Magenserosa gerötet und getrübt. Die Gefäße, besonders die Venen, prall gefüllt. Dünndarmschlingen ins kleine Becken herabgesunken. Keine Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand. Die Betrachtung des Magens ergibt außerdem, daß das anschließende Duodenum, und zwar der obere, horizontale und absteigende Schenkel und der untere Schenkel bis zum Durchtritt unter das Mesenterium, hochgradig gebläht ist. Der quere Durchmesser des absteigenden Duodenums beträgt bis 7 cm, während der Dünndarm nach dem Durchtritt unter das Mesenterium 3—$3^1/_2$ cm im Querdurchmesser hält. Führt man den Finger unter die Mesenterialwurzel, woselbst dieselbe über das Duodenum hinwegzieht, so wird derselbe abgeklemmt infolge des Zuges der ins kleine Becken verlagerten Dünndarmschlingen. Die gesamten Dünndarmschlingen sowie das Kolon sind zusammengefallen. Im oberen Dünndarm etwas Flüssigkeit. Im Magen und Duodenum $1^1/_2$ Liter Flüssigkeit.

Diagnose: Arterio-mesenterialer Darmverschluß. Hochgradige Blähung des oberhalb der Kompression gelegenen Duodenums und des Magens. Frischer fibrinöser Belag der Magenserosa.«

Unser Fall unterscheidet sich von den in der Literatur niedergelegten vor allem durch den schleichenden Charakter des Krankheitsverlaufes. Es trat nicht, wie sonst berichtet wurde, plötzliches Erbrechen und Emporschnellen der Pulsfrequenz gleichzeitig auf; vielmehr war neben dem Aufstoßen durch 5 Tage hindurch ein allmähliches Ansteigen der Pulszahl zu beobachten. Während dieser Zeit war der Zustand nicht besorgniserregend, zumal der Puls erst am 4. Tage nach der Operation die Zahl 100 erreichte. Nachdem aber am 5. Tage das Befinden plötzlich sich verschlimmerte, muß zugegeben werden, daß nicht genügend Gewicht auf die gefundene Dämpfung gelegt wurde. Diese reichte, wie ich aus der Krankengeschichte entnommen und oben erwähnt habe, vom linken Rippenbogen bis 2 Querfinger oberhalb des Poupart'schen Bandes. Da die Operation rechts ausgeführt und im Hypogastrium beiderseits keine Dämpfung festgestellt wurde, so konnte diese nicht hervorgerufen sein durch einen pathologischen Prozeß im Geschwulstbett. Ascites war nicht vorhanden. Deshalb und wegen der fehlenden Temperatursteigerung und der fehlenden Schmerzhaftigkeit des Leibes war Peritonitis ausgeschlossen. Die Diagnose Ileus in den unteren Darmpartien hätte fallen gelassen werden müssen, da sie das Zustandekommen einer so scharf umgrenzten Dämpfung nicht erklären konnte, ganz abgesehen davon, daß keine große Schmerzhaftigkeit und keine sichtbare Peristaltik gefunden wurde, und daß das Erbrochene nicht fäkulent war. So hätte eine bessere Würdigung der Dämpfung allein schon zu der richtigen Erkenntnis führen müssen, daß diese nur hervorgerufen sein konnte durch eine hochgradige Erweiterung und starke Füllung des Magens. Allein der Symptomenkomplex beim arterio-mesenteriellen Duodenalverschluß ist so eigenartig und befremdend für den, der einen solchen Fall zum ersten Male sieht, daß unsere Fehldiagnose um so entschuldbarer ist, als der Fall mindestens nicht zu den ausgesprochen akuten zu rechnen ist.

Zweifellos wäre die für solche Fälle erprobte Therapie von Erfolg gewesen, so daß der Pat. die Relaparotomie hätte erspart werden können. Die bei derselben gefundene Adhärenz der beiden Darmschlingen war von ganz nebensächlicher Bedeutung und stand in keinem ursächlichen Zusammenhange mit der zum Tode führenden Erkrankung.

Alle Autoren[2] sind sich darüber einig, daß die Diagnose schwierig, die Prognose bei Verkennung infaust, die Therapie bei richtiger Diagnose einfach und sicher ist. Bezüglich der Ätiologie herrschen aber noch so große Meinungsverschiedenheiten, daß darauf etwas näher eingegangen werden soll.

Vorausgeschickt sei kurz, daß der arterio-mesenterielle Duodenalverschluß dadurch zustande kommt, daß die Radix mesenterii mit der

---

[2] Zugrunde gelegt ist die ausführliche Arbeit von Albrecht im Archiv für pathol. Anatomie u. Physiologie Bd. CLVI. p. 285.

in ihr verlaufenden Art. mesaraica sup. das Duodenum gegen die hintere Bauchwand komprimiert. Nach älteren Autoren erfolgt die Kompression durch Zug der Dünndarmschlingen an der Mesenterialwurzel, wenn erstere leer und ins kleine Becken hinabgesunken sind. Bevorzugt seien Pat. im höheren Alter; es disponiere zum Zustandekommen ein abnorm langes Mesenterium, Abmagerung, schlaffe Bauchdecken, eine nicht vollständige Fächerform des Mesenteriums, eine Torsion der Radix mesenterii nach rechts, eine starke Lendenlordose. Diese Autoren sehen die Kompression des Duodenums als primär an, sekundär trete dann die Magenerweiterung durch Stagnation seines Inhaltes hinzu.

Spätere Autoren sagen, zuerst trete eine hochgradige Magenerweiterung auf. Der schwere Inhalt des Magens drücke von oben so auf die Dünndärme, daß sie ins kleine Becken heruntergepreßt werden, die nun ihrerseits an der Radix mesenterii einen Zug ausüben, der das Duodenum sekundär komprimiert. Der Druck des abnorm gefüllten Magens sei konstant und so stark, daß die Dünndärme nicht wieder emporsteigen können; dadurch werde eine dauernde, so feste Kompression des Duodenums erzeugt, daß der sich immer mehr füllende Magen nur um so schwerer auf den Dünndärmen lastet, bis schließlich der Anfangsteil des Duodenums bis zur Verschlußstelle unter der Radix mesenterii sich mit Mageninhalt und retinierter Galle und Pankreasflüssigkeit füllt und enorm erweitert wird. Für die Entstehung der Magenerweiterung kämen in Betracht motorische Insuffizienz oder Neuroparese des Magens, toxische Schädigungen, hauptsächlich durch Chloroform bei Operierten, Diätfehler in Form zu reichlichen Genusses von Speisen und Getränken.

Prüft man die Krankengeschichten auf diese ätiologischen Momente, so läßt sich ein Vorwiegen oder ein regelmäßiges Vorhandensein des einen oder des anderen schlechterdings nicht feststellen. Unter den Kranken finden sich Männer und Frauen, und zwar solche im höheren und jüngeren Alter, ferner Operierte und Nichtoperierte. Unter den Operierten wieder solche, die wegen Krankheiten sowohl des Rumpfes als auch der Extremitäten operiert wurden. Daraus folgt, daß die Ätiologie nicht in einen bedeutsamen Zusammenhang gebracht werden kann mit einem bestimmten Geschlecht oder Alter, oder mit der Vornahme gar einer bestimmten Operation. Für pathologische Veränderungen des Mesenteriums im obenerwähnten Sinne haben die Sektionen keine greifbaren Anhaltspunkte ergeben. Die Fälle, wo eine bestehende Wirbelsäulenverkrümmung oder ein vorausgegangener grober Diätfehler hauptsächlich angeschuldigt wird, sind nur in einer verschwindend geringen Anzahl vorhanden.

Somit scheint noch am ehesten eine primäre Magenerweiterung eine große Rolle zu spielen. Auf deren Entstehung durch die toxische Wirkung des Chloroforms oder Äthers wäre dann aber kein zu großes Gewicht zu legen, weil unter den Erkrankten viele nicht operiert oder nicht narkotisiert sind.

Daß eine Magenerweiterung, aus welcher Veranlassung auch nur sie entstanden sein mag, allein, d. h. bei sonst normalen Verhältnissen des Intestinaltraktus, zu so schweren, das Leben oft in kürzester Zeit vernichtenden Zuständen führen könne, will nicht recht einleuchten, wenn man bedenkt, wie viele Menschen jahrelang an einer schweren Gastrektasie leiden und dabei noch ihre Arbeit verrichten, ohne auch nur einmal, wenn man so sagen darf, einen Anfall zu bekommen, wie wir ihn beim arterio-mesenteriellen Darmverschluß sehen.

Diese Tatsache legt die Vermutung nahe, ob nicht eine angeborene Anomalie des Intestinaltraktus für das Zustandekommen des Duodenalverschlusses eine Vorbedingung ist, zu der dann allerdings eine Magenerweiterung als kombinatorisch auslösendes Moment hinzukommen muß. In dieser Vermutung wird man bestärkt, wenn man die Entwicklung[3] des Magen-Darmkanales von der 5. Woche an verfolgt.

Zu dieser Zeit liegt derselbe wenig differenziert in der Längsachse des Körpers, so zwar, daß hinter dem Magen das Darmrohr dorsalwärts nach der Wirbelsäule zieht. Das kleine, hier durch ein kurzes Mesenterium angeheftete Stück bildet das spätere Duodenum. Der nächste Teil des Darmes liegt in einer großen Schlinge, deren Scheitel nach dem Nabel zu liegt. Die beiden Schenkel der Schlinge liegen sagittal, so daß wir einen vorderen und einen hinteren unterscheiden können, die an einem lang ausgezogenen Mesenterium frei beweglich sind. Das letzte Darmstück verläuft nahe der Wirbelsäule, sein Mesenterium ist kurz.

Mit dem Wachstum des Darmes hält nun das der Leibeshöhle nicht gleichen Schritt. Der Darm muß sich also aus einem mehr geraden Verlauf in Windungen legen und mit dem Darm auch das Mesenterium.

Zunächst sind am Magen zwei Drehungen zu beobachten. Einmal dreht er sich um die sagittale Achse, so daß seine Längsachse aus der Sagittalebene fast quer in die Frontalebene zu liegen kommt, zweitens um seine Längsachse, so daß die ursprünglich linke bzw. rechte Seite des Magens zur vorderen bzw. hinteren wird. Wir finden jetzt die Cardia auf der linken Seite nach abwärts, den Pylorus rechts nach aufwärts von der ursprünglichen Stelle. Das Duodenum wird aus einer vertikalen Lage in eine schräge gezogen, entsprechend der Verlagerung des Pylorus.

Die obenerwähnte Darmschlinge differenziert sich so, daß der vordere Schenkel zum Dünn-, der hintere zum Dickdarme wird. Beide Schenkel verändern ihre Lage derart, daß sie nicht mehr hintereinander, sondern nebeneinander zu liegen kommen. Bei der weiteren Drehung legt sich der ursprünglich hintere Schenkel (Dickdarm) nach vorn über den ursprünglich vorderen (Dünndarm), so daß jetzt der

[3] Zitiert aus Hertwig, Elemente der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Wirbeltiere.

Dickdarm den Anfangsteil des Dünndarmes, das Duodenum, vorn kreuzt. Der Blinddarm liegt rechts oben unter der Leber, von hier aus zieht das Colon transversum quer nach links. Ein Colon ascendens entwickelt sich etwas später durch Herabsteigen des Dickdarmanfanges an der rechten Seite.

Das Längenwachstum des Darmes hat zur Folge, daß die Ansatzlinie des Mesenteriums am Darme bedeutend länger ist als die an der Wirbelsäule. Dadurch bildet dasselbe einen Fächer, dessen Kreisperipherie die Darmansatzlinie ist.

Zur Fixation des Darmes geht nun das Mesenterium an verschiedenen Stellen Verklebungen und Verwachsungen ein mit Peritonealabschnitten benachbarter Organe oder der hinteren Bauchwand. So verwächst das Gekröse des Duodenums in ganzer Ausdehnung mit der hinteren Bauchwand; dadurch wird das Duodenum unbeweglich. Wie wir schon sahen, kommt auf das Duodenum das Colon transversum zu liegen. Wichtig ist, daß dessen Mesenterium, das Mesokolon, einmal direkt verwächst mit dem Peritoneum des Duodenums, dann aber auch von links nach rechts mit dem parietalen Peritonealblatte der hinteren Bauchwand. Unter oder hinter dieser letzteren Ansatzlinie des Mesokolons muß das Ende des Duodenums hindurchziehen, um sich ins Jejunum fortzusetzen.

Wie sich dieses Verwachsen des Mesokolons mit dem Duodenum und der hinteren Bauchwand in der Norm gestaltet, und ob und welche Abweichungen von dieser Norm beobachtet worden sind, darüber habe ich in der mir zugänglichen Literatur keine Angaben gefunden. Da wir aber am Intestinaltraktus, und zwar an jedem seiner einzelnen Abschnitte, Mißbildungen ziemlich häufig beobachten, so dürfte die Vermutung nicht so ohne weiteres von der Hand zu weisen sein, daß Variationen im erwähnten Verwachsen des Mesokolons möglich sind. Dann aber ist es auch denkbar, daß bestimmte Abweichungen von der Norm besonders dazu geeignet sind, einen arteriomesenteriellen Duodenalverschluß herbeizuführen. Der Träger einer solchen Mesenterialmißbildung würde dazu disponiert sein bei jeder Veränderung des Magens im Sinn einer Erweiterung desselben.

Würde, was zu hoffen ist, diese Vermutung durch anatomische Untersuchungen bestätigt, so wäre die Ätiologie des arterio-mesenteriellen Duodenalverschlusses wohl für immer klargestellt.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenanstalten.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 29. Juni 1906.

Vorsitzender: Herr Keller, später Herr Olshausen;
Schriftführer: Herr Robert Meyer.

I. Wahl der Aufnahmekommission: die Herren Henkel, Kauffmann, Knorr, Koblanck, Mackenrodt, Schaeffer, Steffeck, Stoeckel.

II. Demonstrationen.

1) Herr Olshausen stellt zwei Kranke vor.

Die erste ist eine Eklamptische, bei welcher vor der Entbindung fünf Anfälle kamen; nach der Entbindung kamen nach 4tägiger Pause 56 weitere Anfälle; dann kam es nach längerer Unruhe zu einer Psychose, die vorüberging. Die Kranke ist dauernd fieberlos geblieben.

Die zweite Kranke, welche vor $1^1/_2$ Jahren eine Blasenmole gehabt hatte, ist wegen eines ausgedehnten Chorionepithelioma des Uterus operiert worden (vaginale Uterusexstirpation) und hat jetzt seit 14 Tagen täglich reichlichen blutigen Auswurf, ohne daß im Sputum syncytiale Zellen nachweisbar sind.

2) Herr v. Bardeleben: Eine 36jährige Frau, die vor 6 Wochen in der Bumm'schen Klinik entbunden hat. Sie lernte mit $^3/_4$ Jahren laufen, mit $1^1/_2$ Jahren erkrankte sie an spinaler Kinderlähmung. Die beiden unteren und die rechte obere Extremität sind seitdem unbeweglich geblieben und stark atrophisch. Die Bauchmuskulatur ist gleichfalls schlaff und dünn, so daß die Frau mit dem herabhängenden Leib und den drei rudimentären Extremitätenanhängen einen robbenähnlichen (fischweibartigen) Eindruck macht. Von Bedeutung für die Entwicklung des Beckens war der Umstand, daß die Muskelgruppen, welche den Rumpf aufzurichten und in aufrechter Stellung zu erhalten bestimmt sind, gleichfalls unvollkommen funktionieren. Die Verbindungen der Wirbel sind auffallend weit und beweglich, da die Verwendung der Wirbelsäule als einheitliches, festes Stützorgan niemals zustande gekommen ist. Liegt die Frau, so kann sie sich von selbst überhaupt nicht aufrichten, wird sie aber aufgesetzt, so klappt sie sofort in sich zusammen, gewöhnlich derart, daß sich die rechte Brustkorbhälfte auf die Beckenschaufel aufstützt. Die Frau hat sich gewöhnt hier ein Kissen unterzuschieben. Darauf lastet dann der ganze Rumpf, was darin seinen Ausdruck fand, daß die rechte und hintere Thoraxpartie nicht nur stark prominent, sondern auch stark hypertrophisch wurde. In dieser Haltung inseriert die Lendenwirbelsäule, wie an Röntgogrammen und an der Lebenden demonstriert wird, nahezu horizontal am Sakrum. Es kommt also vom Rumpfdruck überhaupt nur ein geringer Teil, und dieser geringe Teil nur in fast horizontaler Richtung von rechts nach links zur Geltung. Dem entspricht eine geringfügige Ausladung links hinten am Beckeneingang und eine schwache Schrägstellung des Sakrums nach links.

Das Fehlen einer eigentlichen senkrechten Rumpflastwirkung während der Entwicklung des Beckens tritt in drei Punkten deutlich zutage: 1) Hochstand und schwache Prominenz der Lumbosakralverbindung; 2) rundliche Form des Beckeneinganges (geringes Überwiegen des Quer- über den Graddurchmesser); 3) leichte Trichterform (Querdurchmesser des Beckeneinganges knapp 10, Geraddurchmesser $7^1/_2$ cm). Die Gesamtheit dieser drei Eigentümlichkeiten erinnert lebhaft an das fötale oder junginfantile Becken.

Es wird an ein Luxationsbecken erinnert, welches Vortr. vor $2^1/_2$ Jahren der Gesellschaft vorführte, und an welchem die Maße gegen die Norm genau in dem Sinne der veränderten Belastungsrichtung verändert waren. Der vorliegende Fall wird als erneuter Beleg dafür betrachtet, welch wichtige Rolle der Rumpflastwirkung im Verein mit dem Gegendruck der Schenkel bei der Gestaltung des normalen Beckens zukommt. Der theoretischen Ansicht von Breus und Kolisko, daß sogar die Innenstruktur des Beckenknochens ererbten, phylogenetischen und nicht während der Entwicklung eines jeden Individuums erworbenen Einflüssen folge, läßt sich experimentell begegnen, indem man bei jungen Tieren verschiedene Belastungsverhältnisse herstellt und späterhin die Beziehung zur Trabekularstruktur prüft. Vortr. stellt Mitteilung solcher Versuche in Aussicht.

Der Geburtsmechanismus war ungewöhnlich. Geradeinstellung, und zwar mit der kleinen Fontanelle (und dem Rücken) hinten. Spontanverlauf in dieser Haltung bis Beckenmitte, dann Stillstand der Geburt wegen mangelhafter Bauchpresse. Zange (Geh.-Rat Bumm), Entwicklung des Hinterhauptes über den Damm. Frucht ad terminum, Mädchen, 48 cm lang, 2810 g schwer, Kopfumfang 34 cm. Beckenmaße: Crist. 25, Spin. 23, Baudel. 19, Conj. diag. $13^1/_2$ cm.

Die Positio occipitalis sacralis war bereits eine Woche vor der Entbindung in Narkose festgestellt worden.

Herr Olshausen erklärt die Vorderhauptslage aus dem starken Hängebauch und der dadurch bedingten dorsoposterioren Stellung des Rumpfes.

III. Diskussion zum Vortrage des Herrn Bröse: Zur Pflege der Bauchdecken nach der Entbindung.

Herr Stoeckel demonstriert die Bumm'sche Wochenbettsbinde und die aus Baumwoll-Gummigewebe hergestellte sogenannte »Kaiserbinde«. Beide Binden sind im Medizinischen Warenhaus zu beziehen. Derartige Wickelbinden erfüllen den Zweck einer völligen Kompression des Leibes ohne gleichzeitige Verursachung von Druckschmerz, fast viel besser als die mit Schnallen und Schnüren versehenen Leibbinden. Die Wickelbinde muß vom Brustkorbe bis zum Becken herabreichen und vom ersten Wochenbettstage an angelegt werden.

Herr Olshausen verwendet und empfiehlt Schnallenbinden.

Herr Keller hält den Gebrauch von Rollbinden für sehr umständlich, wegen der leichten Verunreinigung durch Wochenfluß auch für wenig zweckmäßig. Letztere verlangt mindestens die Verwendung von waschbarem Material, weshalb mit Gummi durchwirkte Stoffe wohl auszuschließen sind. K. legt seit Jahren einen Heftpflasterverband von der Symphyse bis zum Rippenbogen an und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Zur Erleichterung der späteren Ablösung wird derselbe entsprechend der vorderen Bauchseite mit einem Leinwandstück unterlegt. Die einzelnen Streifen decken sich dachziegelartig bis zur Hälfte der Breite und verlaufen nach hinten nur bis zu den lateralen Abschnitten der Rückenseite, deren größerer mittlerer Teil frei bleibt. Nach Vollendung der ersten Lage wird die untere Hälfte je nach Bedarf noch durch eine zweite verstärkt. Die erste Anlage geschieht nach gründlicher Entleerung des Darmes. Bis dahin genügt die Umlegung eines Handtuches, befestigt durch Sicherheitsnadeln. Der Heftpflasterverband bleibt jedesmal 8—10 Tage liegen und wird dann wieder erneuert. Hebammen und Wärterinnen wird das Verfahren sehr leicht geläufig. Verwendung fand das Zink-Kautschukpflaster von Kahnemann von Handbreite (12 cm). Eine Rolle (4 m) gibt gewöhnlich zwei Binden. Der Heftpflasterverband wird meist gut vertragen. Im Gegensatz zu sogenanntem amerikanischen Kautschukpflaster ist die Entstehung von Hautekzemen selten.

Herr Bröse (Schlußwort): B. ist nicht der Ansicht wie Herr Olshausen, daß die Bandagierung der Wöchnerinnen in Deutschland sehr verbreitet ist, viele Ärzte und Hebammen wickeln nicht nach der Entbindung. Die Zahl der Frauen, welche mit aus dem Wochenbette stammender Erschlaffung der Bauchdecken zur Beobachtung kommen, ist noch immer sehr groß. Mit Schnallenbinden war B. nicht zufrieden; man kann mit diesen keine genügende Zusammenfassung der Bauchmuskeln, besonders der Recti erzielen, elastische Binden, welche so breit sind, daß eine um den Leib gelegte Tour gleich die ganze Bauchmuskulatur zusammenfaßt, sind vorzuziehen. Die Binden der Herren Bumm und Stoeckel scheinen sehr warm zu sein. Der Heftpflasterverband des Herrn Keller macht sehr leicht Ekzeme. Die von B. empfohlene Binde hat alle diese Nachteile nicht und ist sehr leistungsfähig.

IV. Herr C. Keller: Die Nabelinfektion in der Säuglingssterblichkeit der Jahre 1904 und 1905 nach den Aufzeichnungen des statistischen Amtes der Stadt Berlin.

Zur Untersuchung der Häufigkeit der Nabelinfektion der Neugeborenen ist vor $2^1/_2$ Jahren auf Antrag des Vortr. von dem Berliner Polizeipräsidium den Totenscheinen eine entsprechende Fragestellung für die Sterbefälle des ersten Lebensmonates eingefügt worden, ähnlich wie früher zur Erforschung der Säuglingsernährung. Die Resultate der Jahre 1904 und 1905 sind jetzt zusammengestellt. Die Sterblichkeit des ersten Lebensmonates beträgt ein Drittel derjenigen des ersten Lebensjahres. Ungefähr $^3/_{10}$ der Todesfälle erfolgten gleich nach der Geburt, vor dem Beginne des Nabelabheilungsprozesses, etwa ebenso viele während derselben

und $^{4}/_{10}$ nach Abschluß des letzteren. Die weitere Mitteilung, entsprechend den angeführten Todesursachen, ergibt, daß in der ersten Zeitperiode $^{9}/_{10}$ der Fälle an Lebensschwäche verstarben und von bestimmten Todesursachen dort sonst nur Lues und Nabelblutung vertreten waren. Während der Nabelabheilung überwiegt die Nabelinfektion unter den bestimmten Todesursachen bedeutend (ehelich und außerehelich 10%). Bei einer zweiten Reihe von Fällen derselben Zeitperiode ist die Nabelinfektion als Nebenbefund angegeben, kann aber ebensogut auch eigentliche Todesursache sein (ehelich 8,1%, außerehelich 11,7%). Beide Werte geben zusammen die Zahl der infektiös und nabelkranken Säuglinge, d. h. jeder fünfte während der Nabelabheilung Verstorbene litt an einer Nabelinfektion, und jeder zehnte ging nachweislich an den Folgen derselben zugrunde. Diese Zahlen sind nur als untere Grenzwerte anzusehen. Tatsächlich kommt hierzu noch ein Teil der Todesfälle an Lebensschwäche aus der Zeit während der Nabelabheilung und nach Ablauf der letzteren. Zieht man aus der ersteren auch nur die Hälfte der Fälle in Rechnung, so erhöht sich der Prozentsatz der infektiös-nabelkranken Säuglinge schon auf nahezu 50%. Durch die entsprechende Berücksichtigung der Todesfälle an Lebensschwäche der dritten Zeitperiode (nach Abschluß der Nabelheilung) wird dieses gleiche Verhältnis dann dahin geändert, daß die Säuglinge mit Nabelinfektion überwiegen. Eine Sterblichkeit an Magen-Darmerkrankungen tritt erst in dem letzten Zeitabschnitt, nach Verheilung des Nabels, in den Vordergrund.

In dem zweiten Teile der Arbeit sind die Prozentsätze der verschiedenen Todesursachen der einzelnen Zeitabschnitte zu der jährlichen Zahl der Lebendgeburten berechnet. Statistisch gesichert ist eine Frequenz der tödlichen Nabelinfektion bei ehelichen Säuglingen von 0,2%, bei außerehelichen von 0,3%. Nabelinfektion als Nebenbefund, eventuell Todesursache, findet sich sonst noch in 0,16% der ehelichen, 0,35% der außerehelichen Geburten. Die wahrscheinliche Frequenz des Todes an Nabelinfektion beträgt bei ehelichen 0,36—1,3%, bei außerehelichen 0,65—2,25%.

Zum Schluß Demonstration einiger Fieberkurven von Säuglingen mit Nabelinfektion. Diagnose nur per exclusionem möglich. Örtliche Erscheinungen fehlten oder bestanden höchstens in einer geringen Rötung des Hautrandes. Temperaturmaximum: 38,5, 39,5, 40,5°. Fieberdauer: 1—3—5 Tage. Rapide Abnahme des Körpergewichtes bei höherem Fieber oder längerer Dauer desselben (1—1¼ kg). Entfieberung meist schon vor dem Nabelabfall oder gleichzeitig, selten erst später. Alle Kinder sind genesen. Therapie: ständiger Alkoholverband, alle 2 Stunden gewechselt; Aussetzen des Bades.

In der von dem Vortr. geleiteten geburtshilflichen Station des Charlottenburger Krankenhauses werden seit April d. J. bei jedem Neugeborenen regelmäßige Temperaturmessungen per rectum vorgenommen. Diesem Vorgehen allein war die Erkenntnis der Erkrankung zu verdanken. Ein gleiches Verfahren empfiehlt sich auch für die Praxis mindestens bis zur Nabelverheilung.

Diskussion. Herr Olshausen sieht wenig Nabelinfektionen und hält rigoröse Behandlungsweisen nicht für alle Fälle und nicht für alle Entbindungsanstalten nötig.

V. Herr Odebrecht zeigt einen Uterus, an dem man sehr schön einige in regressiver Metamorphose befindliche Myome sehen kann. Derselbe hatte vor 5 Jahren bei der damals 44 Jahre alten Frau eine Größe von über Kindskopf, bedingt unzweifelhaft durch Myome. Danach ihre erste Gravidität und danach Schrumpfung der Myome, so daß jetzt kaum mehr eine Vergrößerung des Uterus vorliegt.

VI. Herr Robert Meyer:

a. Demonstration eines zweiten Falles von Adenom und Karzinom des Gartner'schen Ganges.

Dieser zweite Fall stimmt in den mikroskopischen Bildern auffallend mit dem ersten von M. beschriebenen überein. Enge, gewundene, vielverzweigte Kanäle,

Cystenbildung mit extremer Abplattung des Epithelsaumes, Epithelproliferation in Form papillomatöser Vorsprünge bis zur Ausfüllung der Epithelcysten mit soliden Epithelmassen, andererseits Übergang der Schläuche in epitheliale Stränge und Krebsalveolen. Die schlauchförmige Wucherung trifft man in den beiden Fällen mehr oben in der Cervix, die papillomatöse Wucherung unten in der Portio. Der wahrscheinliche Beginn der Neubildung in der Portio, ihre in diesem zweiten Falle nachgewiesene Ausbreitung in die Vaginalwand machen eine ausgedehnte Operation erforderlich, welche Herr Mackenrodt nach anfänglicher Portioamputation und nach der mikroskopischen Diagnose auf Karzinom des Gartner'schen Ganges ausgeführt hat.

b. Ein teilweise in der Uterussubstanz gelegenes multilokuläres Ovarialkystom.

Das merkwürdige Präparat stellt einen Uterus dar, dessen Fundus vollständig, dessen übrige Wandungen teilweise von einem schleimhaltigen Polykystom ersetzt sind, welches aus dem Uterus herausquillt. Das Polykystom reicht an einer Stelle im Uterus bis an die Portio heran und ist seitlich von einer $1^1/_2$ bis 1 cm dicken Uterusmuskelschicht bedeckt. Der Tumor liegt also in der Uteruswand.

Die scharfe Abgrenzung des Tumors von der Uterusmuskulatur durch eine teils fibröse, teils mehr lockere Adhäsionsschicht, unter der ein Serosaepithel das Kystom an vielen Stellen bekleidet, lassen erkennen, daß dieses nicht dem Uterus angehört, sondern unter lebhafter Einschmelzung der Uterussubstanz in dieser adhärent geworden sind. Das schleimproduzierende Becherepithel der Kystomwand ist darmähnlich und läßt auf einen teratomatösen Ovarialtumor schließen.

Neueste Literatur.

2) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. X. Hft. 3.

1) Blau (Wien). Über die Erfolge der vaginalen Uterusexstirpation wegen Karzinom.

Die Statistik bezieht sich auf die in der Zeit von Januar 1890 bis Oktober 1903 in der Klinik Chrobak beobachteten Fälle. Die Operabilität betrug für sämtliche Fälle von Uteruskrebs (für abdominale und vaginale Operationen zusammen) 20,46%, für die vaginalen Operationen allein 18,5%. Insgesamt wurden in der angegebenen Zeit 309 vaginale Totalexstirpationen wegen Uteruskrebs ausgeführt, darunter 87,7% Collumkarzinome und 11,65% Korpuskarzinome. Die primäre Mortaliät betrug 5,8%. Für die Beurteilung der Erfolge kamen 244 Fälle in Betracht, darunter 161 Fälle, die für die Dauerheilung verwertbar sind. Von diesen letzteren sind 30,4% rezidivfrei, und zwar wurden von Collumkarzinomen geheilt 25%, von Korpuskarzinomen 76,4%. Die absolute Heilungsziffer (nach Winter) betrug 5,64%.

Unter den vaginalen Exstirpationen sind 113 Igniexstirpationen (darunter 47 kombiniert mit dem Schuchardt'schen Schnitt) mit einer Gesamtmortalität von 6,19%. Von diesen Fällen kommen 24 für die Beurteilung der Dauerheilung in Betracht. Von diesen wurden 45,8% dauernd geheilt. (Für die Collumkarzinome betrug die Dauerheilung 40%, für die Korpuskarzinome 75%.)

2) Jockers (Straßburg i. E.). Untersuchungen über die Veränderungen der Decidua basalis bei manuell gelösten Placenten.

Störungen der Blutzirkulation im Uterus und in der Placenta führen zu Wucherungen des fötalen Teiles der Decidua, der Choriodecidua, in zweiter Linie zu Degenerationserscheinungen in derselben. Dieselben Zirkulationsstörungen bedingen eine langsam fortschreitende Nekrose der Deciduazellen mütterlicher Abstammung. Frische Entzündung besteht nicht. Zwar finden sich in vielen Präparaten reichlich kleine Zellen, die den Eindruck einer diffusen Infiltration machen, doch lehrt die Untersuchung, daß diese kleinen Zellen sind: a. Leukocyten, wie sie in jeder Placenta zu jeder Zeit zu finden sind, b. Leukocyten als Überreste

aus alten Blutherden und Blutniederschlägen (Fibrin), c. junge Ektodermzellen, d. degenerierte Ektodermzellen, e. degenerierte Stromazellen atrophierter Haftzotten, f. junge Deciduazellen mütterlicher Abkunft (Ersatzzellen). Die Unregelmäßigkeit in der Ausbildung des Fibrins in der Decidua basalis und den angrenzenden Zotten bestimmt die Unregelmäßigkeit der Trennungslinie.

3) Neujeau (Tübingen). Bakteriologische Untersuchungen des Genitalsekretes neugeborener Mädchen.

Die Sekrete der Vulva und Vagina Neugeborener, die nicht gebadet wurden, bleiben steril; die ersten 7—8 Stunden, die letzteren bis gegen 12 Stunden p. part. Von der 7.—8. Stunde an enthält das Vulvasekret stets Keime, meist die zahlreichen Formen des Darmtraktus, wobei der Typus des Bakterium coli vom dritten Tage an vorherrscht, oft aber auch pathogene Formen, so den Staphylokokkus pyogenes aureus und albus und Streptokokkus. Die Vagina beginnt von der zwölften Stunde an Keime aufzuweisen. Auch pathogene Mikroorganismen werden, wenn auch selten, gefunden. Diese letzteren pflegen aber in der Folge allmählich wieder zu verschwinden unter dem Einfluß der Selbstreinigung der Scheide. Die Flora der Vagina ist gegenüber der der Vulva viel konstanter, vorherrschend, ja oft allein vorkommend ist der Scheidenbazillus Döderlein's. Das Sekret der Scheide reagiert stets sauer, die saure Reaktion erreicht ihren Höhepunkt, wenn sich der Scheidenbazillus dort festgesetzt hat. Das erste Bad hat an und für sich einen beschleunigenden Einfluß auf das Erscheinen von Keimen in Vulva und Vagina. Das Auftreten des Scheidenbazillus dagegen wird dadurch in keiner Weise beeinflußt. Die Infektion des Fruchtwassers bei vorzeitigem Blasensprunge kann das Erscheinen von Keimen in den Genitalsekreten beschleunigen.

4) Sellheim (Freiburg). Anatomische, experimentelle und klinische Untersuchungen zur operativen Erweiterung des Beckens.

Auf Grund eingehender anatomischer Studien gibt S. einige wichtige Fingerzeige für die Ausführung der Hebotomie. Auf der Hinterfläche des Schambeines liegt ein Netz ziemlich starker Gefäße, das aus dem Ramus pubicus der Art. epigastrica und dem Ramus pubic. der Art. obturatoria stammt. Durch behutsames Abschieben des Gewebes vom Schambeine läßt sich eine Blutung aus diesem Gefäßnetz vermeiden. Eine Kollision mit den Vasa obturatoria läßt sich sicher vermeiden, wenn man nicht weiter als 2 cm nach außen von der medianen Sagittalebene geht, oder wenn man sich nach einwärts vom Tuberc. pubic. hält. An den dem Schambeinkörper unten anliegenden, dicken Gefäßknäueln und an den mächtigen Bulbi vestibuli lassen sich stärkere Läsionen vermeiden, wenn man sich beim Durchstechen mit der Döderlein'schen Nadel hart an den unteren Schambeinrand hält und so zwischen Gefäßen und Knochen durchdringt. Nach dem Durchsägen des Schambeines und vor dem Entfernen der Säge muß man kontrollieren, ob der Beckenring gut auseinander weicht, um sicher zu sein, daß die breiten Bandmassen auf der Vorderfläche des Schambeines mit durchtrennt sind.

S. hat die Frage, in welchem Verhältnis die Beckenerweiterung nach Symphyseotomie und Hebotomie steht, experimentell zur Lösung gebracht. Er benutzte dazu die Becken von drei in der Schwangerschaft bzw. im Wochenbett verstorbenen Frauen. Die Erweiterung des Beckens nach Symphyseotomie und Hebotomie wurde durch Gipsausgüsse festgehalten. Diese Untersuchungen lieferten eine Reihe höchst interessanter Aufschlüsse über die Art der Beckenerweiterung bei diesen Operationen, die im Original nachgelesen werden müssen. Hier kann nur hervorgehoben werden, daß bei den Operationen, eine gleiche Spreizung vorausgesetzt, der Grad der Beckenerweiterung gleich ist.

Weiter berichtet S. über fünf in der Freiburger Klinik ausgeführte Hebotomien. Er empfiehlt, nach der Hebotomie in der Regel die spontane Geburt abzuwarten, wie das Zweifel für die Symphyseotomie empfiehlt. Ferner weist er auf die Gefahren der bei der Hebotomie häufigen Hämatome hin.

Um die Heilung der Hebotomiespalte verfolgen zu können, hat S. bei einer Hündin unmittelbar nach dem Werfen die Hebotomie subkutan nach Döderlein ausgeführt. Heilung per primum, 6 Wochen post operationem wurde das

Becken präpariert. Der Raum zwischen den Sägeflächen scheint durch derbes Bindegewebe ausgefüllt. Auf der Vorderfläche des durchsägten Schambeines liegt eine 2 cm breite und 1 cm dicke, neugebildete, schwielige, unter dem Messer knirschende Gewebsmasse, welche die Knochenenden auf weite Strecken fest ummauert.

5) Birnbaum (Göttingen). Über die Anwendung der Tuberkulinpräparate, speziell über den diagnostischen Wert des alten Tuberkulins bei Urogenitaltuberkulose.

B. berichtet über 17 mit Alttuberkulin behandelte Fälle, die beweisen, daß das Mittel bei der Diagnosenstellung von großem Nutzen gewesen ist. Verf. bezeichnet das alte Tuberkulin als ein unter Umständen unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel bei der Urogenitaltuberkulose, das wohl verdient, eine ausgebreitete Verwendung zu finden. In zwei Fällen war das Mittel ohne Zweifel auch therapeutisch wirksam. Üble Folgezustände nach den Injektionen wurden nicht beobachtet.

6) Haas (Heidelberg). Beitrag zur Lehre von den Cysten der Nabelschnur.

Die Bildung der unechten Cysten der Nabelschnur beruht in einer schleimigen Erweichung der gallertigen Grundsubstanz und in einer Flüssigkeitsansammlung in den Maschenräumen des Gewebes. Die Flüssigkeitsansammlung kann bedingt sein durch Transsudat aus dem Fruchtwasser, durch Stauungstranssudat aus den Nabelschnurgefäßen, durch entzündliches Transsudat aus denselben, endlich durch Störungen der Saftströmungen innerhalb der Wharton'schen Salze.

7) Petersen (Kiel). Über den Sitz des Fruchtkuchens und die Bedeutung dieses Sitzes für die Geburt.

Zur Untersuchung kamen 155 Nachgeburten mittels des von Holzapfel angegebenen Verfahrens der Aufblähung des Eisackes bald nach der Geburt. Die Arbeit zeitigte manche interessanten Ergebnisse, von denen hier nur einzelnes hervorgehoben werden kann.

Ein Übergreifen der Placenta auf den Funduskamm findet sich in 7,5% der Fälle. Es ergibt sich, daß der quere Fundalschnitt nach Fritsch, was die Verletzung der Placenta betrifft, wesentlich günstiger liegt, als der vordere Medianschnitt.

Bei Besprechung der Frage nach der Entfernung des unteren Placentarrandes von der Eispitze gibt der Verf. eine Reihe interessanter Abbildungen von Praeviaeisäcken.

Für die Tubeneckenplacenta ergab sich aus den Untersuchungen folgendes: die Tubeneckenplacenta ist in keinem Geburtsabschnitt aus der Gestalt des Uterus mit einiger Sicherheit erkennbar. Die starke Vorbuchtung eines Hornes mit Einsattelung des Fundus ist bei der Tubeneckenplacenta nicht häufig. Vor dem Blasensprunge deutet sie auf Tubeneckenplacenta oder Uterus arcuatus. Nach dem Blasensprung und im III. Abschnitt wird sie in der Regel herbeigeführt durch ungleichmäßige Zusammenziehungen der Uterusmuskulatur, die mit dem Sitz der Placenta in der Tubenecke in keinem Zusammenhange stehen. Mit Sicherheit läßt sich der Pacentarsitz in der Tubenecke nur bestimmen durch Aufblähen des Eisackes oder durch Autopsie am schwangeren oder kreißenden Uterus. Die Tubeneckenplacenta bedingt keineswegs Geburtsstörungen, auch nicht im III. Abschnitt.

Die Bildung eines Margo ist von dem Orte des Kuchenansatzes unabhängig, und weder der Ansatz in einer Tubenecke noch auch am inneren Muttermunde begünstigt die Entstehung eines Margo.

Interessant sind mehrere Abbildungen von Mehrlingsplacenten und von ungewöhnlich seltenen Arten der Placentarentwicklung.

8) Bäcker und Minich (Budapest). Ein Fall von Sarcoma hydropicum papillare.

Genaue klinische und histologische Beschreibung eines sehr interessanten, über mehrere Jahre beobachteten Falles.

9) Hofbauer. Zur Steigerung der Widerstandskraft des Organismus durch künstliche Leukocytose.

Bemerkung zum gleichnamigen Aufsatze von Pankow.

Reifferscheid (Bonn).

Ovarium.

3) **M. E. Estor** (Montpellier). Tumeurs végétantes de l'ovaire.

(Gaz. des hôpitaux 1906. April.)

Die Ätiologie der papillären Ovarialtumoren ist unbekannt. Am häufigsten treten sie auf im 40.—45. Lebensjahr, und zwar die benignen etwas später, die malignen etwas früher. Die ersteren können lange Zeit gutartig bleiben, um dann ganz plötzlich malign zu werden und Metastasen zu machen. Zumeist beobachtet man diese Tumoren bei Frauen, die ein- oder mehrmals geboren haben. In fast allen Fällen sind die papillären Tumoren von Ascites begleitet. Sie sind selten auf ein Ovarium beschränkt, sondern fast immer sind beide Eierstöcke in diese Tumoren umgewandelt. Oft finden sich Metastasen über das ganze Peritoneum zerstreut. Zumeist begegnet man in denselben Tumoren festen und cystischen Partien. Man hat diese Tumoren eingeteilt in solche mit nach außen gehenden Wucherungen und solche mit nach innen gerichteten. Diese Einteilung ist jedoch gekünstelt. Die Tumoren erreichen selten eine exzessive Größe. Sehr oft sind sie von verrukösen Exkreszenzen auf der Oberfläche bedeckt. Die Konsistenz und Farbe der Tumoren ist sehr verschieden. Verf. geht sodann des näheren auf die Begleiterscheinungen derselben, die Eigenschaften des meist vorhandenen Ascites, die sehr oft bestehenden Adhäsionen, die Metastasen, den histologischen Aufbau der Tumoren und ihren Ursprungsort ein. Sodann bespricht er die klinischen Begleiterscheinungen, wie Störungen von seiten des Darmtraktus und die veränderten Menstruationsverhältnisse. Hierauf wendet er sich dem Tastbefund zu, den die Tumoren bieten. Der Verlauf der Erkrankung ist zumeist ein langsamer; oft tritt der Tod erst nach mehreren Jahren ein, trotzdem vorher keine radikale Operation vorgenommen war. Hierauf bespricht Verf. des genaueren die Diagnose dieser Tumoren und ihre Differentialdiagnose gegenüber anderen Geschwülsten. Was die Prognose betrifft, so kann eine unvollständige Operation doch zu völliger Heilung führen. Unbedingt zeigen diese Tumoren eine gewisse Tendenz zur Heilung.

Zum Schluß wendet sich Verf. dem operativen Vorgehen diesen Tumoren gegenüber zu. Machen sie einen malignen Eindruck, so muß mit ihrer Entfernung die Totalexstirpation des Uterus verbunden werden; erscheinen sie gutartig, so genügt die supravaginale Amputation. Ist Ascites vorhanden, so muß während der ersten 3—4 Tage drainiert werden. Die Probelaparotomie mit Drainage beschränkt die Tumoren in ihrem Wachstum. Die Exstirpation der papillären Ovarialtumoren gehört zu den schwierigen Operationen, woran besonders die Adhäsionen und das Übergreifen der Tumoren auf die benachbarten Organe schuld ist. Verf. hatte eine Mortalität von 15% in seinen Fällen. Der Grund für diesen hohen Prozentsatz liegt in der langen Dauer der Operation, die durch die Lösung der Adhäsionen usw. bedingt ist. Bei gutartigen Tumoren ist das Dauerresultat sehr zufriedenstellend, bei den bösartigen dagegen ist ein Dauererfolg nur relativ selten. **E. Runge** (Berlin).

4) **Gaudemet und Bouchet.** Mehrkammerige Ovariencyste; zwei Kammern Dermoidcysten darstellend.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. November.)

Kindskopfgroße Cyste, die in ihrer Konsistenz sehr große Unterschiede zeigte; der eine Teil ist cystisch, der andere fast hart. In einer der Cysten fanden sich im bräunlichen, flüssigen Inhalt blonde Haare, in der anderen brünette. Es handelt sich hier also um eine Mischform, ein Zwischenglied zwischen dem einfachen

Ovarialkystosen und einer Dermoidcyste. Zwei Cystenkammern haben den Typus eines gewöhnlichen Ovarialkystoms, zwei andere den der Dermoidcyste. Auffallend ist 1) die Vereinigung zweier verschiedener Elemente, die man gewöhnlich getrennt findet, in einer Masse 2) die Anwesenheit von brünetten Haaren in der einen und von blonden Haaren in der anderen Dermoidcyste. **E. Runge** (Berlin).

5) **Schmid** (Nizza). Polycystischer Ovarialtumor.

(Bull. et mém de la soc. anat. de Paris 1906. Januar.)

40jährige Frau, welche einmal geboren hat, bekam vor 6 Jahren nervöse Erscheinungen, und die Menstrualblutungen wurden bei ihr unregelmäßig. Man konstatiert jetzt, daß der Leib stark aufgetrieben und schmerzhaft ist. Im rechten Unterleib fühlt man neben dem großen Uterus eine unregelmäßige, bucklige, bewegliche Geschwulst. Durch Laparotomie wird ein polycystischer Tumor des rechten Ovariums entfernt. Die linken Adnexe sind gesund. Der entfernte Tumor hat die Größe eines Kindskopfes. Er besteht aus einer Reihe gut voneinander abgegrenzter Cysten, welche nicht in eine gemeinsame Hülle eingekleidet sind, sondern zusammen ein mehr traubenförmiges Gebilde darstellen. Nur an ihrer Implantationsstelle legen sich die benachbarten Wandungen aneinander und verschmelzen miteinander. Die Wandungen der Cysten sind dünn und von feinen Gefäßverzweigungen durchzogen. An ihren Innenwandungen zeigen sich keine Exkreszenzen oder Bänder. Der Cysteninhalt ist verschieden, teils klar, teils grünlich, teils gelblich, teils schwärzlich. Dieser cystische Tumor hat anscheinend nicht seinen Ursprung in Follikelcysten oder myxomatöser Degeneration von Wucherungen; sondern ist in derselben Weise entstanden wie die großen ein- oder mehrkammerigen Cysten des Ovariums. Anscheinend hat der Prozeß an verschiedenen Stellen der Ovarialoberfläche seinen Ursprung genommen und somit zur Entstehung einer Reihe von Cysten geführt, die völlig unabhängig voneinander sind, und deren Wandungen nur an den Ursprungsstellen ineinander übergehen.

E. Runge (Berlin).

6) **A. Lapointe.** Ovarientumor mit Torsion der Tube.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. November.)

52jährige Frau leidet seit einigen Jahren an anfallsweise auftretenden Schmerzen im Unterleib und in der rechten Iliacalgegend. Bei der Untersuchung wird ein myomatöser Uterus konstatiert, der teilweise die Ligg. lata entfaltet hat. Rechts daneben fühlt man einen fluktuierenden, druckschmerzhaften, kindskopfgroßen, beweglichen Tumor. Abdominale totale Exstirpation des myomatösen Uterus und der Cyste, die eine Stieldrehung von knapp 180° aufwies. Auffallend war einmal, daß die Drehung des Cystenstiels im umgekehrten Sinne geschehen war, als man es sonst zu beobachten gewohnt ist. Derartige Fälle sind äußerst selten. Sodann war der Sitz der Stieldrehung bemerkenswert insofern, als der Stiel aus dem oberen Rande des ganzen Lig. lata gebildet war. Er verlor sich in dem myomatösen Uterus in der Gegend des rechten Hornes. Die Tube war vollständig in ihm aufgegangen, auch der Isthmus derselben war in ihm mit einbegriffen. Die Ampulle war in einen zeigefingerdicken Hämatosalpinx umgewandelt. Außerdem war noch bemerkenswert, daß der Stiel spitzwinklig an seinem Übergang in die Cyste abgeknickt war. Der Pavillon der Tube war der hinteren Seite des Tumors adhärent und fixierte die Abknickung. Was die seltene Drehungsrichtung des Cystenstieles betrifft, so ist dieselbe vielleicht hervorgerufen dadurch, daß die Tumormasse in dem rechten Lig. latum unter der Cyste eingeklemmt war.

E. Runge (Berlin).

7) **V. Bensis** (Athen). Eiterungen einer Ovarialcyste, hervorgerufen durch den Eberth'schen Bazillus.

(Orient méd. 1906. Februar u. März.)

Bei der betreffenden 40jährigen Frau hatte sich im Laufe von etwa 16 Monaten eine linksseitige Ovarialcyste entwickelt, die aber keine weiteren Beschwerden

verursachte, derart, daß die Kranke an eine Schwangerschaft glaubte. Etwa 2½ Monate vor Spitaleintritt hatte dieselbe einen Typhus abdominalis durchgemacht, worauf die Geschwulst sich sehr rasch vergrößerte. Eine vorgenommene Punktion förderte eine eitrige Flüssigkeit zutage, in welcher der Eberth'sche Bazillus gefunden wurde. Die Temperatur war während der ganzen Zeit normal. Die Pat. wurde behufs Operation in eine chirurgische Klinik transportiert, wo ihr durch Parazentese 5—6 kg Eiter aus der Cyste entleert wurde, doch starb sie einige Stunden später, entweder infolge von Eitererguß in die Peritonealhöhle oder von Herzparalyse. **E. Toff** (Braila).

8) **A. H. F. Barbour** (Edinburgh). Über Endothelioma ovarii.

(Scott. med. and surg. journ. 1905. Dezember.)

B. bringt die Krankengeschichte einer 42jährigen Frau, die 3 Jahre nach ihrer letzten Entbindung mit einem beiderseitigen Eierstockstumor zur Operation kommt. Die gestielten Tumoren werden entfernt, zugleich aber Metastasen der bösartigen Geschwulst auf dem Peritoneum gesehen. Die Pat. starb am 5. Tage nach der Operation an Ileus.

Sektion war nicht gestattet. Die Untersuchung der Tumoren ergab, daß es sich um Endothelioma ovarii handelte, wie es von Leopold, Marchand, Pick und anderen beschrieben ist, in dem die Sarkomzellen dem Endothel der Lymphbahnen oder der Blutgefäße folgen. **Zurhelle** (Bonn).

Verschiedenes.

9) **Cornil.** Cysten der Tubenschleimhaut.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Oktober.)

Durch eine Operation wurde ein kleinhühnereigroßes Ovarium und eine daumendicke Tube entfernt. Das Ovarium war von einer einkammerigen Cyste mit papillären Wucherungen auf der Innenwand eingenommen, die von Zylinderzellen ausgekleidet war. Die Tube wies Zeichen chronischer Entzündung auf und barg in ihrer Schleimhaut kleine Cysten. Diese waren von typischem Schleimhautepithel der Tube ausgekleidet. Nach Ansicht des Verf.s handelte es sich hier um tiefe, mit Schleim erfüllte Einsenkungen der Tubenschleimhaut, die von zylindrischem Epithel ausgekleidet waren und mitten im fibrösen Bindegewebe lagen. Verf. hält diese Cysten für selten, da er sie bisher noch nie beobachtete.

E. Runge (Berlin).

10) **G. O. Sjanoszewski.** Intraligamentäre Cysten und ihre chirurgische Behandlung.

Diss., Petersburg 1904.

Vom Jahre 1896 bis zum Jahre 1903 hat Prof. Ott 27 Fälle von intraligamentären Cysten per vaginam operiert; 6 Fälle von intraligamentären Cysten sind von anderen russischen Gynäkologen per vaginam operiert (4 Fälle von Prof. Rein, 1 Fall von Samschin und 1 Fall von Prof. Jastrebow). Außerdem hat Verf. 427 Fälle von intraligamentären Cysten, die von verschiedenen russischen Gynäkologen per laparotomiam operiert sind, gesammelt.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Wegen Ähnlichkeit der topographisch-anatomischen Verhältnisse teilt Verf. alle intraligamentäre Cysten je nach dem Ort ihrer ersten Entwicklung in Cysten des Parovariums, Cysten des Ovariums und Cysten des Lig. latum ein.

2) Eine genaue genetische Teilung der intraligamentären Cysten bei dem jetzigen Stand unserer Wissenschaft ist unmöglich.

3) Jeder Punkt in der Gegend des tubo-ovarialen Apparates kann Ausgangsstelle der intraligamentären Cysten sein.

4) Jede Ovarialcyste kann bei gewissen Bedingungen intraligamentär werden.

5) Das Wachstum der intraligamentären Cysten verbreitet sich auf Grund der topographisch-anatomischen Verhältnisse des Lig. latum auf die äußere und hintere Wand des Ligamentum, was auch klinisch bestätigt wird.

6) Intraligamentäre Cysten kommen meistenteils in der Periode der größten Entwicklung der Geschlechtsperiode vor (bei Frauen zwischen 25—35 Jahren).

7) Zwischen den Kranken befinden sich 36% kinderlose.

8) Rechtsseitige Neubildungen kommen öfter vor als linksseitige.

9) Unter den intraligamentären Cysten dominieren einkammerige mit serösem Inhalte; Cysten mit kolloidem, eitrigem und blutigem Inhalte kommen in 16,1%, 14,5%, 13,2% aller Fälle vor.

10) Komplikationen infolge von früher überstandenen entzündlichen Prozessen in den Adnexa und dem Parametrium kommen in 31% der Fälle vor.

11) Komplikationen mit eitrigem Inhalte haben großen Einfluß auf die Mortalität und febrilen Verlauf nach der Operation.

12) Die allgemeine Mortalität nach Operationen per laparotomiam beträgt 10,9%.

13) Die Mortalität hängt ab von der Schwierigkeit der Lösung von Adhäsionen, größerer Entblößung des Peritoneums, Verwundung der Beckenorgane und Ruptur der eitrigen Cysten während der Operation.

14) Ruptur der nicht eitrigen Cysten hat keinen Einfluß auf die Mortalität.

15) Der febrile Verlauf ist proportional den Fällen mit schwerer Lösung der Adhäsionen und Entblößung des Peritoneums und Verwundung der Beckenorgane.

16) Exsudate in der Postoperationsperiode sind proportional den Fällen mit schwerer Lösung der Adhäsionen und Entblößung des Peritoneums. Die Ruptur der Cysten während der Operation hat scheinbar keinen Einfluß auf die nachfolgende Bildung der Exsudate.

17) Die Mortalität bei Exsudaten in der Postoperationsperiode beträgt 2,5%.

18) Die Todesursache ist hauptsächlich septische Peritonitis und Abschwächung der Herztätigkeit als Resultat eines Traumas bei der Laparotomie.

19) Die Drainage per vaginam bei Laparotomie hat keinen einzigen Todesfall infolge von Peritonitis gegeben.

20) Auf Grund der topographisch-anatomischen Verhältnisse der Ligg. lata ist die Kolpotomie der beste Weg für Entfernung der intraligamentären Cysten.

21) Der vaginale Weg ist der kürzeste, der ungefährlichste und am meisten konservative für die Entfernung der intraligamentären Cysten, da er bei geringem Trauma 0% Sterblichkeit gibt und die Pat. von allen Unbequemlichkeiten der abdominalen Laparotomie befreit, auch ist nach der Kolpotomie die Postoperationszeit eine kürzere und leichtere.

22) In vielen Fällen ist die Entfernung der Cysten per colpotomiam leichter als durch die abdominale Laparotomie. Je tiefer der Tumor im Lig. latum liegt, um so leichter ist die Entfernung bei der Kolpotomie gegenüber der abdominalen Laparotomie.

23) Die Methode der extraperitonealen Entfernung mittels Kolpotomie ist die beste für intraligamentäre Cysten, da sie ein geringes Trauma des Peritoneums erzeugt.

24) Die Höhe der Lage der Cysten im Becken oder in der Bauchhöhle, sowie die Adhäsionen sind keine Kontraindikationen für Kolpotomie. Nur bei sehr breiten und derben Adhäsionen muß man in den Ausnahmefällen die abdominelle Laparotomie ausführen.

25) Die Entfernung der eitrigen Cysten ist per vaginam sehr bequem, da wir die ganze Operation extraperitoneal ausführen können.

26) Bei partieller Entfernung der Cysten ist auch der vaginale Weg der beste, da wir bei gleichen Chancen auf Heilung die Pat. von den Unbequemlichkeiten der Laparotomie befreien.

27) Die Technik der Entfernung von intraligamentären Cysten per vaginam ist bei Anwendung von langen Instrumenten und elektrischer Beleuchtung nach Prof. Ott leichter und einfacher als die bei der Laparotomie per abdomen.

M. Gerschun (Kiew).

11) C. Jeannin. Ernährung und Hygiene des Säuglings.

(Progrès méd. 1905. Dezember 30.)

Sozialpolitische Betrachtung über die Kindersterblichkeit, speziell in Frankreich, und die Mittel, sie herabzusetzen. Besondere Erwähnung findet die Mitarbeit, welche der Arzt für seinen Teil hierbei leisten kann.

E. Runge (Berlin).

12) A. Sitzenfrey. Über drüsige Gebilde im Beckenlymphknoten.

(Prager med. Wochenschrift 1906. Nr. 15.)

S. berichtet über sechs Fälle von Beckenlymphdrüsen mit epithelialen Schläuchen und Cystenbildung. Die Zylinderzellen zeigten stellenweise einen schönen Flimmerbesatz. Häufig täuschten die epithelialen Schläuche das Bild einer Adenokarzinommetastase vor. Andererseits ist die Entstehung retroperitonealer Flimmerepithelcysten oder von Lymphangioendothelomen von derartigen Bildungen naheliegend. Eine ausführliche Publikation in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie in Aussicht.

E. Knapp (Prag).

13) A. Scheib. Über die Heilung der Wunden nach Schambeinschnitt mit Demonstration von Röntgenplatten.

(Prager med. Wochenschrift 1906. Nr. 15.)

Besprechung von Fall 10 und 11 der v. Franqué'schen Klinik mit Krankenvorstellung. Verweis auf eine ausführlichere Mitteilung in der Münchener med. Wochenschrift.

E. Knapp (Prag).

14) E. Hamburger (Wien). Demonstration eines Falles von primärer Tuberkulose der Vulva.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 6.)

Bei dem 3jährigen Mädchen fand sich als Ursache der beiderseits stark geschwollenen Leistendrüsen ein kleines Geschwür an der Innenseite der Kommissur, dessen mikroskopische Untersuchung Tuberkulose ergab. Die Drüsen wurden inzidiert, wobei sich längere Zeit dünner Eiter entleerte. Bald trat allgemeine Skrofulose auf, beiderseitige Conjunctivitis, Otitis, Ekzem, Lichen scrophulosorum. Nach längerem Landaufenthalte bedeutende Besserung.

Keitler (Wien).

15) Kossmann. Die Behandlung der Sterilität.

(Heilkunde 1906. April.)

Zunächst ist immer zu eruieren, ob der Ehemann beim Koitus Sperma mit Spermatozoen ejakuliert und ob eine Intromissio penis stattgefunden hat. Letztere ist erschwert oder unmöglich gemacht durch starke Abschüssigkeit des Beckens, durch zu große Festigkeit des Hymens oder Vaginismus. Zur Beseitigung des letzteren muß event. der Levator ani an einer oder mehreren Stellen durchschnitten werden, was mittels des eingestochenen Messers auch unter der Schleimhautdecke geschehen kann. Erfolgreich werden auch Suppositorien mit Morphium, Opium oder Belladonna $^1/_2$ Stunde ante coitum ins Rektum eingeführt. Endlich bilden ein Hindernis für die Intromissio Mißbildungen. Sehr häufig ist Ursache der Sterilität die Verengerung des Cervicalkanales. Wenn es richtig ist, daß zur Höherbeförderung des Samens peristaltische Bewegungen der Uterus- und Tubenmuskulatur nötig sind, dann wird bei Stenose das gebliebene kleine Lumen durch die Kontraktion völlig verschlossen und den Spermatozoen der Weg versperrt. Die Stenose wird stumpf durch Dilatation nur selten definitiv beseitigt, besser durch Cervixspaltung nach Jaquet. Ferner müssen nötigenfalls Fixationen im Bereiche des ganzen Uterus und der Tuben beseitigt werden, weil sie die Peristaltik hindern, die für die Beförderung des Spermas notwendig ist. Man darf dabei auch vor intraabdominellen Operationen nicht zurückschrecken (Ref. würde erst Vibrationsmassage versuchen!). Bei manchen Frauen kommt das Auftreten peristaltischer Kontraktionen als Höhepunkt sinnlicher Erregung nicht zustande, weil letztere fehlt. Eine

weitere Ursache der Sterilität ist die kleincystische Degeneration der Ovarien; sie müssen dann angestochen oder zum größten Teil exstirpiert werden; ferner verhindert oft eine bestehende Endometritis die Verklebung zwischen Ei und mütterlichem Epithel, und ein- oder mehrmalige Auskratzung führt dann zum Ziele.

Witthauer (Halle a. S.).

16) **E. Spirt.** Der Einfluß des Wasserstoffsuperoxyds auf uterine Blutungen.

(Spitalul 1906. Nr. 6.)

S. hat zwei Fälle von Gebärmutterblutung mit Einspritzungen von Wasserstoffsuperoxyd behandelt und ist mit den erzielten Erfolgen sehr zufrieden. Das Mittel wird mittels der Braun'schen Spritze injiziert, und zwar genügten in den Fällen des Verf.s, zwei Sitzungen, um Blutungen zum Stillstande zu bringen, gegen welche andere Methoden resultatlos angewendet wurden. Diese von Petit im Jahre 1895 empfohlene Behandlungsmethode, wobei aber das Mittel mit Wattetampon appliziert wurde, wäre also in allen einschlägigen Fällen zu versuchen; wichtig ist es, ein tadelloses Präparat anzuwenden.

E. Toff (Braila).

17) **N. Charles.** Kleinzelliges Sarkom der hinteren Muttermundslippe.

(Journ. d'accouchement 1905. Nr. 35.)

56jährige Frau, die mit 50 Jahren die Menses verloren hat, klagt über unregelmäßige Blutungen, Ausfluß und Schmerzen im Unterleibe. Die Untersuchung ergibt vergrößerten, retrovertierten Uterus; in der hinteren Muttermundslippe einen harten, haselnußgroßen, leicht blutenden Knoten. Operation: Nach Diszission des Collum trichterförmige Ausschneidung der Portio; Curettage. Mikroskopisch erweist sich der Tumor als kleinzelliges Sarkom, dessen gut ausgebildete Kapsel am unteren Pole stark verdünnt ist. Bis jetzt — noch nicht 3 Monate sind seit der Operation verflossen! — kein Rezidiv.

Walbaum (Steglitz).

18) **A. Braun** (Wien). Über einige mit den »Spermathenatonpastillen« gemachte Erfahrungen.

(Med. Woche 1906. Nr. 13.)

Im Laufe der letzten 10 Jahre sind wiederholt operative Eingriffe zur Verhütung der Konzeption, natürlich aus zwingender Indikation, angegeben worden. Abgesehen davon, daß die Berechtigung, eine Frau ein für alle Male steril zu machen, angezweifelt werden kann, werden viele Frauen sich weigern, sich derartigen Operationen zu unterziehen. Wohl aber sind sie bereit konzeptionsverhindernde Mittel zu benutzen. Diese sind jedoch bisher entweder in ihrer Wirkung unsicher, oder sie bringen für die Frau oder den Mann Nachteile mit sich. B. hat deswegen die von dem chemischen Laboratorium »Nassovic« in Wiesbaden hergestellten »Spermathenatonpastillen« in einer Reihe von Fällen, deren drei ausführlich mitgeteilt werden, anwenden lassen. Stets verhüteten sie die Empfängnis. In einem Falle trat sofort nach Aussetzen des Mittels Schwangerschaft ein. Irgendwelche unangenehme Begleiterscheinungen oder schädliche Folgen wurden nicht beobachtet.

Graefe (Halle a. S.).

19) **M. Litthauer** (Berlin). Über abdominale Netztorsion und retrograde Inkarzeration bei vorhandenem Leistenbruch.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 15.)

L. beobachtete bei einer 53jährigen Frau einen properitonealen Leistenbruch, bei dem eine abdominale dreimalige Drehung des Netzes stattgefunden hatte, wobei es gleichzeitig zu einer rückläufigen Einklemmung des Netzzipfels gekommen war. Durch Herniotomie und Laparotomie wurde die Kranke geheilt. Nach kurzer Mitteilung verschiedener Erklärungsversuche der Netzdrehung, welchen er nicht beistimmt, gesteht der Verf. zu, daß wir über ihre Ätiologie uns zurzeit noch in Unkenntnis befinden. Dagegen glaubt er, daß sich die Diagnose auf Netztorsion

auch vor der Operation mit einiger Sicherheit stellen läßt. Einklemmungserscheinungen bei einem Leistenbruche, gleichzeitiges Vorhandensein eines Tumors in der Unterbauchgegend, welcher mit der Hernie zusammenhängt, sprechen für sie. Bei rechtsseitigem Sitze werden stets Appendicitis, bei weiblichen Kranken Stieldrehung eines Ovarialkystoms differentialdiagnostisch zu berücksichtigen sein. Unmöglich wird die Diagnose, wenn die Drehung intraabdominell vor sich geht, ohne daß eine Hernie vorhanden ist. Ebenso ist es unmöglich, die retrograde Einklemmung von Brüchen vor der Operation zu diagnostizieren. Immer muß man sich aber bei der Operation eines eingeklemmten Bruches an die Möglichkeit einer Netztorsion oder einer retrograden Inkarzeration eines Bruchinhaltes erinnern und auch aus diesem Grunde stets die Eingeweide aus dem Bauche so weit hervorziehen, daß es möglich ist, die zentral vom Bruchringe gelegenen Teile zu besichtigen. **Graefe** (Halle a. S.).

20) **H. Hilgenreiner** (Prag). Beitrag zur Kenntnis der Hernia uteri inguinalis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 11.)

Verf. fügt den von Birnbaum (Berliner klin. Wochenschrift 1905 Nr. 21) zusammengestellten bzw. veröffentlichten 24 Fällen von Hernia inguinalis uteri 15 weitere aus der Literatur gesammelte hinzu und berichtet über eine eigene Beobachtung. Die Kranke war 8 Jahre zuvor bereits einmal herniotomiert, die eingeklemmte Darmschlinge reponiert, der mit dem Bruchsack allseitig verwachsene Uterus, dsgl. die Adnexe aber zurückgelassen worden.

Bei dem Rezidiv fand sich im Bruchsacke das stark geblähte Coecum mit Wurmfortsatz und der Uterus mit rechtem Ovarium und Tube. Der Uterus wurde zum Teil aus seinen Verwachsungen gelöst und dann zum Verschluß der sehr weiten Bruchpforte verwandt. Es erfolgte primäre Heilung. Ein Rezidiv trat bisher nicht ein, wohl aber schwand eine Psychose, welche vor der Operation bestanden hatte.

Aus den 39 Fällen zieht Verf. folgende Schlüsse: Die inguinale Uterushernie kommt in allen Lebensaltern vor, besonders aber bei Frauen in mittleren Jahren, welche wiederholt geboren haben. Bei der Hälfte der Pat. war das Leiden angeboren, bei mehr als der Hälfte fanden sich Defekte oder Mißbildungen im Bereiche des Genitaltraktus. Die linke Körperseite scheint bevorzugt. Besondere Erwähnung verdient, daß in einer größeren Zahl von Fällen die Umschlagstelle des Peritoneum auf die Vorderseite des Uterus mit zur Bildung des Bruchsackes herangezogen war, so daß er extraperitoneal lag. Die Irreponibilität mancher Uterushernien ist darauf zurückzuführen. Die Diagnose ist meist nicht schwer zu stellen. Wegen der Irreponibilität muß die Therapie in der Regel eine operative sein.

Graefe (Halle a. S.).

21) **K. Brandt.** Om kraft i livmoren og kampen mod den.

(Tidskrift for den norske laegeforening 1905. p. 72.)

Die offizielle Statistik zeigt, daß in Norwegen in den letzten 10 Jahren ca. 3000 Frauen am Krebs der Gebärmutter gestorben sind. — Die Zahl mahnt zum Kampfe gegen diese Krankheit, und Verf. will die zielbewußte Arbeit G. Winter's gegen den Krebs auf norwegischen Boden umpflanzen. Er gibt eine Beschreibung der einzelnen Symptome besonders des beginnenden Krebses nebst den Aussichten bei operativer Behandlung und fordert Ärzte, Hebammen und Frauen zur Aufmerksamkeit auf. — Die Arbeit ist auch in einer Frauenzeitung und einer Hebammenzeitschrift veröffentlicht. **K. Brandt** (Christiania).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 45. **Sonnabend, den 10. November.** **1906.**

Inhalt.

I.

Keine Sterilisation der Frau?

Von

Dr. **Mensinga** in Flensburg-Reichenhall.

Im Zentralblatt für Gynäkologie 1906 Nr. 25 wurde referiert über: E. Rochard (Bull. gén. de thérap. 1905. Mai 25).

Verf. tritt aus »sozialpolitischen« Gründen **gegen** die Vornahme der Sterilisation der Frau ein. Der Arzt sei nach seiner Ansicht zur Vornahme dieser Operation nicht berechtigt. Auch Gegengründe führt er an: Beschwerden des Climacterium praecox, ferner eine Reihe anderer unwesentlicher Gründe. Benutzung des Kondoms oder Congress. interr. sei zu verwerfen wegen der eventuellen Folgen neurasthenischer Zustände. —

Vorweg möchte ich an den Kollegen eine Frage richten:

»Würde er mit gutem Gewissen das Leben einer geliebten Gattin durch erzwungene Konzeption einer ernsten drohenden Gefahr aus-

setzen können oder mögen? — oder den Zölibat in der Ehe für möglich halten?«

Rochard hätte mit seinem Plaidoyer, besonders als Franzose, der ja an Menschenmaterial Not leidet, sicherlich recht, wenn er es stets mit tadellos gesunden Frauen zu tun hätte; denn die Nachkommenschaft gesunder Frauen ist vermutlich auch gesunden Schlages, und solche braucht der Staat.

Die Ernährung des Kindes durch die eigene gesunde Brust, und dessen fernere Erziehung durch die eigene Mutter ist das beste, nie versagende Prophylaktikum gegen Kindersterblichkeit und Verkrüppelung an Körper und Geist resp. Entartung. —

Bietet aber die kranke oder mißbildete Frau, die ausgemergelte oder in ihrem Berufe zu früh untergegangene Mutter auch nur ein Atom von Sicherheit für das erforderliche fröhliche Gedeihen des Kindes?

Nie und nimmer!

Ohne gesunde Mutter, ohne gesunde Mamma ist der Kampf der Staaten gegen Frühtod und Entartung (mit ihrer Dependance: Sittenverfall) ein Kampf gegen Windmühlenflügel.

Daher wären grundsätzlich und systematisch alle diejenigen Mutterkörper, welche keine volle Garantie mehr für gesunde, in jeder Weise gut versorgte Nachkommenschaft liefern können, von der weiteren Volksvermehrung auszuschließen; das »Wie« ist eine rein ärztliche Frage. (Gegensatz zu Rochard.)

Dem gereiften, auf der Höhe der Zeit stehenden Arzte steht diesfalls einzig das ausschlaggebende Urteil zu; an ihm ist es, für jeden einzelnen Fall dasjenige Mittel anzugeben, eventuell zu verwenden, welches er am zweckdienlichsten, für indiziert, hält.

Ich brauche die Reihe der einzelnen Maßnahmen, welche eine fakultative Sterilität auf immer oder zeitweilig bewirken sollen, hier nicht weiter anzuführen, — das hieße Eulen nach Athen tragen.

Daß Rochard, aus dieser Reihe herausgreifend, den Kondom mit dem Congr. interr. in bezug auf Erzeugung von Neurasthenie auf eine Stufe stellt, zeugt von geringer Erfahrung.

Ob die Beschwerden des Klimakteriums früher (praecox) oder später (normal) eintreten, ist für die Unentbehrliche, die Gerettete (Mutter) wohl von untergeordneter Bedeutung; auch die lassen sich durch Lutein erträglich machen.

Es scheint mir das Bestreben Rochard's mehr einen patriotischen Schmerzensschrei zu involvieren, denn es mutet den kompetenten Fachmann sonderbar an, durch sozialpolitische Rücksichten das ärztliche Handeln bestimmen zu lassen.

II.

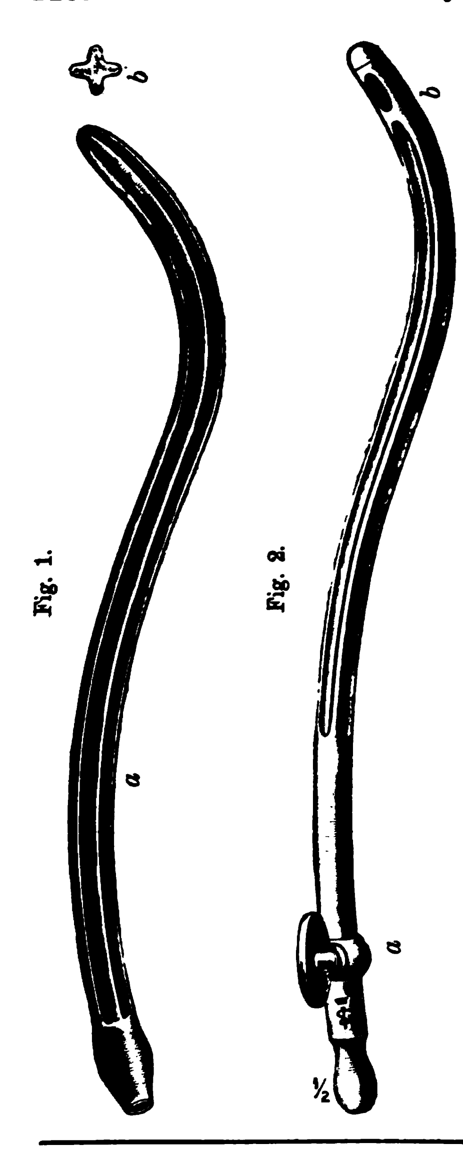
Ein neuer Uterusspülkatheter.

Von
Dr. Gutbrod,
Frauenarzt in Heilbronn a. N.

Bei dem großen Instrumentarium des Gynäkologen und Geburtshelfers erscheint es wahrhaftig nicht angezeigt, mit Vorschlägen von neuen Instrumenten zu kommen. Und doch habe ich mich in meiner Praxis stets geärgert, wenn ich nach einer Abrasio oder nach Ausräumung eines Abortes mit den bisher üblichen Kathetern die Uterusspülung ausführen mußte. Entweder war es ein völlig zerlegbarer Uterusspülkatheter, der dann falsch zusammengeschraubt war, oder die Spülflüssigkeit lief beinahe klar aus dem Uterus ab; beim Herausziehen aus demselben aber floß beinahe reines Blut ab, welches mich sehr bald auf den Gedanken brachte, daß nur die ganz kleinen Partien des Uterus berieselt wurden, an denen die jeweiligen Öffnungen, seien es vordere oder seitliche, angebracht waren. Tatsächlich überzeugte ich mich an einem totalexstirpierten, mit Schröder'schen Dilatatoren erweiterten Uterus, in welchen ich Methylenblau injizierte, daß meine Hypothese richtig war; hier liegen nun sogar die Verhältnisse insofern günstiger, als der exstirpierte Uterus keine Kontraktionen mehr macht, so daß man nach genügender Erweiterung ein zu enges Umschließen und somit Abschließen des eingeführten Katheters nicht mehr zu befürchten braucht. Erfolgt die Injektion unter einem zu hohen Drucke, so kann meines Erachtens sogar das bei der Braun'schen Spritze gefürchtete Ereignis eintreten, daß nämlich die Spülflüssigkeit in die Tuben resp. in das Abdomen fließt.

Am idealsten arbeitet es sich nach meiner Ansicht immer noch mit dem Winter'schen biegsamen Zinnrohre, dieses hatte aber auch nur dann Erfolg, wenn der Uterus keine Kontraktionen machte, resp. das Cavum uteri etwas größer war als der Querdurchmesser des Zinnrohres. Um diesem Mangel abzuhelfen, beauftragte ich die Firma Haukh, Instrumentenfabrik in Stuttgart, vor ca. einem Jahre, mir ein Zinnrohr mit vier Längsrillen anzufertigen, welches in Fig. 1a in $^1/_2$ natürlicher Größe abgebildet ist, Fig. 1b im Querdurchschnitt.

Mit diesem neuen Spülrohr ist man in der Lage, nach Erweiterung mit einem Schröder'schen Dilatator mittlerer Größe den Uterus bequem auszuspülen. Das Instrument wird auch von obengenannter Firma in Hartmetall ausgeführt, weil durch häufiges Biegen die Rillen etwas verschwinden und so nach längerem Gebrauch ihre Funktionsfähigkeit einbüßen. Der Spülkatheter vereinigt durch eine vordere und zwei seitliche Öffnungen die beiden bisher üblichen Formen; nach Einführen bis an den Fundus zieht man den Katheter einige



Millimeter zurück, worauf aus drei Öffnungen die Spülflüssigkeit das Uterus cavum berieselt.

Fig. 2 ist ein von der Tuttlinger Fabrik hergestellter Spülkatheter, welcher jedoch, wie sich aus der Abbildung ergibt, den Hauptfehler hat, daß die Rillen gerade an der wichtigsten Stelle (auf der Abbildung mit *b* bezeichnet) nicht durchlaufen. Ferner ist am Ende (*a*) ein die Sauberkeit des Instrumentes beeinträchtigender Hahn angebracht. Das abschraubbare Teilchen am uterinen Ende hat kein Bohrloch; außerdem sieht man nach Abschrauben des Verschlußdeckels, daß das Rohr viel zu eng ist, die Rillen so tief eingepreßt sind, daß die Sauberkeit eine direkte Unmöglichkeit ist. Sollte es durch irgendwelche Indiskretionen eine Nachahmung des von mir angegebenen Spülkatheters sein, so wäre es in allen Teilen eine wesentliche Verschlechterung.

Ich hoffe, daß alle Kollegen, die meinen Spülkatheter anwenden — einige haben ihn bereits in Gebrauch —, die gleich guten Resultate erzielen mögen wie ich. — Musterschutz ist angemeldet.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gynäkologische Gesellschaft in Breslau.

Sitzung vom 20. Februar 1906.

Vorsitzender: Herr Küstner; Schriftführer: Herr Asch.

I. Herr Küstner zeigt ein kürzlich durch Operation gewonnenes Präparat von Gravidität im rudimentären Nebenhorn.

Es entstammt der 32jährigen Frau M., welche dreimal, zuletzt vor 4 Jahren, geboren und viermal, zuletzt vor 1 Jahr, abortiert hat. Vor 6 Monaten soll die Periode nur einmal, etwa 2 Tage länger als sonst auf sich haben warten lassen.

Um diese Zeit hielt sich Frau M. für schwanger; ein Arzt konstatierte Schwangerschaft, in welchem Monat kann nicht eruiert werden, ein anderer, später konsultierter, eine Geschwulst.

Anfang Januar tritt Pat. in die Klinik ein. Diagnose: im rechten Ligament eingebettetes Myom, vielleicht auch Ovarientumor von mehr als Kindskopfgröße ter, mit torquiertem Stiele.

12. Januar Laparotomie: Es wird ohne weiteres evident, daß es sich um eine uterine Duplizität mit einer Affektion (Gravidität mit abgestorbenem Fötus oder Myom, bleibt noch dahingestellt) in der rechten Hälfte handelt.

Präparatorische Umschneidung des entsprechenden Peritonealabschnittes, Absetzung der linken, vergrößerten Hälfte der Duplizität samt zugehörigem Eileiter und Eierstock, welche beide voll entwickelt waren. Nach der Absetzung werden die blutenden Gefäße einzeln unterbunden, und zwar die linke Uterina in derselben Weise wie bei supravaginaler Amputation des Uterus.

Vor der definitiven Absetzung wird durch Tastung festgestellt, daß muskuläre Massen von der Basis des rechten Hornes nach der Halspartie des linken hinüberziehen, daß aber mächtigere Muskelmassen von der Dicke eines Gebärmutterhalses nach unten, nach dem Scheidengewölbe zu, ziehen, so daß K. es nicht für ausgeschlossen hält, daß es sich im vorliegenden Falle nicht um die häufigere Duplizität, nämlich Uterus bicornis unicollis, sondern um die erheblich seltenere, Uterus pseudodidelphys, handelt. Makroskopisch weist das amputierte Gebilde keinen Kommunikationskanal nach der wegsamen Seite auf. Exakte Peritonealbekleidung der Wunden; Schluß; glatte Genesung.

Das amputierte Horn weist, gehärtet und aufgeschnitten, einen stark komprimierten Fötus ohne jede Spur von Fruchtwasser auf — Fruchtwasserabfluß war von Frau M. nicht beobachtet worden. Der Kopf hat die Größe eines 6monatigen Fötus. Die Verhältnisse werden noch in situ gelassen, bis eine für die mikroskopische Untersuchung genügende Härtung eingetreten ist.

Diskussion. E. Fraenkel berichtet über einen Fall von Schwangerschaft im nicht verschlossenen Horne. Pat. war 7 Jahre vor Eintritt der Gravidität wegen Haematometra und Haematokolpos unilateralis operiert worden bei funktionierendem linksseitigen Uterus. Die faultote Frucht wurde im 6. Monat aus dem linken Horn des Uterus didelphys bicollis ausgestoßen, die rechte Seite mußte wegen septischer Endometritis curettiert werden.

II. Herr Bauer (als Gast): Über Sehstörung bei der Geburt.

B. teilt zunächst die Krankengeschichte eines in der Abteilung für Frauenkrankheiten des Allerheiligen-Hospitals beobachteten Falles mit: Eine im allgemeinen gesunde Frau leidet seit 3 Jahren an zunehmenden Kopfschmerzen, die besonders in den letzten 3 Wochen dieser (7.) Schwangerschaft, mit Übelkeit und Erbrechen verbunden, auftraten. Am Tage vor dem Partus Übelkeit und Magenschmerzen. Rasch verlaufende Geburt mit heftigem Blutverluste; direkt sub partu Erblindung, die am 5. Tage post partum in rechtsseitige Hemianopsie übergeht, schließlich bei der 4 Wochen später stattfindenden Entlassung völlig normales Gesichtsfeld und Sehvermögen.

Die Pupillenreaktion war stets normal.

Mit dem Augenspiegel wurde außer vorübergehendem Retinalödem nur Schlängelung und Füllung der Venen und geringe Abblassung der rechten Papille gefunden.

Am Tage nach der Geburt ist reichlich Albumen im Harn; 3 Tage später nochmals eine Spur Albumen; an den zwischenliegenden Tagen und später war der Harn stets eiweißfrei. Am Abend des 2. Tages post partum setzt ein 9tägiges, hohes Fieber ein, dem später noch einige weniger bedeutsame Fieberanstiege folgen. Vom Beginne der Erkrankung an werden ca. 10 Tage lang mehr oder weniger schwere Zerebralsymptome beobachtet: heftigste Kopfschmerzen, Zwangshaltung, Nackenschmerzen, teilweise Benommenheit, Delirien, Druckempfindlichkeit der tiefen Weichteile u. a. Krämpfe wurden nie beobachtet. Kompliziert wurde das Bild durch einen Prozeß, der an den Genitalien sich abspielte und im wesentlichen

einer Endometritis und linksseitigen Parametritis entsprach, und durch eine, der schweren Erkrankung zuzuschreibende Lungenaffektion, in einer diffusen Bronchitis bestehend.

In der Beurteilung des Falles mußte die Annahme eines rechtsseitigen Occipitallappenabszesses bald aufgegeben werden. Ebenso waren allmählich sich entwickelnde Krankheitsprozesse (Tumoren, Lues usw.) auszuschließen. Aus mehreren Gründen konnte man auch den schweren Blutverlust nicht als Ursache des merkwürdigen Krankheitsbildes gelten lassen. Homonyme Hemianopsie im Verlaufe von Urämie und Eklampsie war ein längst theoretisch gefordertes Krankheitssymptom (Graefe, Gowers). Es wurden auch später von Pick Fälle von Urämie mit Hemianopsie publiziert. Auch von Geburtshelfern wurden solche Fälle beobachtet (Knapp, Lehmann), deren einer als Form der Eklampsie aufgefaßt wurde. Da nun auch von pathologisch-anatomischer Seite (Bouffe de St. Blaise, Wendt, Meyer-Wirz, Schmorl) für Krankheitsbilder, die zwar sonstige für Eklampsie charakteristische Symptome, jedoch keine Krämpfe aufwiesen, infolge des typischen Status eclampticus, wie ihn die Sektion ergab, die Auffassung als Eklampsie für richtig erachtet wurde, glaubt B. auch für diesen Fall eine Eclampsia sine Eclampsia, d. h. ohne Krämpfe, annehmen zu dürfen, eine Auffassung, die durch die vielen für Eklampsie typischen Symptome des Krankheitsbildes gestützt wird. Spätere ähnliche Beobachtungen, event. mit Sektionsbefund, müssen erst noch die Richtigkeit einer solchen Annahme erweisen. Schließlich verweist B. auf einen inzwischen von Poten publizierten Fall, der trotz des angeblich typischen Status eclampticus bei der Sektion und der schwersten Nierenerkrankung im klinischen Bilde die Annahme einer Eklampsie ohne Krämpfe aus zum Teil dürftigen Gründen nicht zu Recht bestehen lassen will.

Diskussion. Dienst pflichtet der Ansicht des Vortr. bei; er erinnert an einen von ihm im Archiv für Gynäkologie Bd. LXV publizierten Fall, der mit dem im Allerheiligen-Hospital beobachteten recht viel Ähnlichkeit hat. Allerdings war auf der Höhe der Austreibungsperiode ein Krampfanfall aufgetreten, der aber der einzige blieb. Vorher schon hatte die Amaurose eingesetzt, die aber bald nach der Geburt des Kindes wieder wich. Das Kind starb nach $1^1/_2$ Stunden im dritten typischen eklamptischen Anfalle. 10 Stunden ante partum $1^1/_2{}^0/_{00}$ Albumen und Zylinder, 10 Stunden post partum nur noch Spuren, später normaler Urin. Zur Deutung glaubt D. eine vorübergehende Embolie oder Thrombose eines für den N. opticus oder das Sehzentrum wichtigen Gefäßbezirkes vermuten zu können.

E. Fraenkel fragt nach der Quantität des Urins während und nach der Entbindung; er stimmt der Auffassung des Vortr. bei, da die Prodromalsymptome sowohl wie die starke Blutung unter der Geburt, die Albuminurie ohne Zylinder, das rasche Verschwinden des Albumen post partum für eine Eklampsie ohne ausgeprägte Krampferscheinungen sprächen. Er selbst hat zwei Fälle von totaler Amaurose bei Eklampsie beobachtet.

Scheffczyk: Eine ähnliche Beobachtung wurde in der Provinzial-Hebammenlehranstalt gemacht. Es handelte sich um eine 29jährige Vpara, die bisher nur normale Partus gehabt hatte. 14 Tage vor dem Ende der fünften Schwangerschaft erblindete sie plötzlich auf beiden Augen. Eine Blutung war nie aufgetreten, das Wohlbefinden ist nie gestört gewesen. In der Schlesischen Augenheilanstalt wurde die Diagnose auf retrobulbäre Neuritis mit zentralem Skotom gestellt, verursacht durch Schwangerschaftsintoxikation. Die Frau kam normal nieder. Schon am 4. Wochenbettstage begann sich die Sehkraft zu bessern. Nach normalem Wochenbettsverlaufe ging sie in die weitere Behandlung der Augenheilanstalt über. Hier wurde sie 4 Wochen nach der Entbindung mit ganz leidlicher Sehschärfe, rechts $^2/_{12}$, links $^2/_6$, entlassen.

Küstner schließt sich der vom Vortr. gegebenen Deutung, daß es sich im vorliegenden Fall um Eklampsie gehandelt habe, an, und macht auf eine vor Jahren stattgehabte Sitzung in der Schlesischen Gesellschaft — klinischer Abend in der Augenklinik — aufmerksam, in welcher über während der Geburt akquirierte Sehstörungen berichtet und diskutiert wurde.

Bauer (Schlußwort): Im Urin wurden, wie erwähnt, keine Nierenbestandteile nachgewiesen; die Urinmengen waren normal. Die Sehstörung als eine infolge der stärkeren Gerinnungsfähigkeit des Eklampsieblutes aufgetretene und bald wieder verschwundene Thrombose der Art. ophthalmica vor ihrer Teilung aufzufassen, wie Dienst es tut, ist nicht angängig wegen der 5tägigen Dauer der Amaurose, wegen der hierdurch nicht zu erklärenden Hemianopsie, wegen des negativen Fundusbefundes und schließlich wegen der erhaltenen Pupillenreaktion. Der Fall von Scheffczyk ist ebenso wie die 1899 von Meyer und Küstner berichteten Fälle hier nicht beizuziehen, weil der pathologische Augenbefund allein die Sehstörung erklärt. Die starke Blutung unterstützt vielleicht wirklich die Annahme einer Eklampsie in unserem Falle.

III. Herr Hannes: Dauerresultate der Uterusexstirpation wegen Krebs mit besonderer Berücksichtigung der vor 1901 operierten Kranken.

Kurze zahlenmäßige Angabe der erzielten Dauerheilungen und Erläuterung der Zahlen; es wird berichtet über 46 abdominale und 99 vaginale Uterusexstirpationen wegen Collumkrebs aus den Jahren 1895—1901. Die Zahlen entstammen einem Teil einer Arbeit des Vortr., welche in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVII Hft. 2 erschien.

IV. Herr Karl Winkler (als Gast): Zur Pathologie des Puerperalfiebers.

Der in Rede stehende Fall betraf eine 35jährige Frau, welche vor 10 und vor 8 Jahren ohne Kunsthilfe entbunden hatte.

Am 16. Januar 1906 hatte die Geburt eines lebenden Mädchens stattgefunden. Zuerst bestand Wohlbefinden, 14 Tage später trat jedoch hohes Fieber auf. Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Beines. Eine bakteriologische Blutuntersuchung blieb negativ. Am 13. Februar 1906 trat der Exitus ein.

Obduktion ergab zunächst eine allgemeine schwere Anämie, im Uterus schmieriger Belag des Endometriums. In der rechten Tubenecke ein rotbraunes, der Wand fest aufsitzendes Gerinnsel, das bei mikroskopischer Prüfung frei von Placentarbestandteilen war. Von hier fortschreitende Thrombose des zum Uterus gehörenden Venensystems, die sich in die V. cav. inf., die V. iliac., femoral. und die tieferen Schenkelvenen fortsetzte. Zahlreiche kleine Gerinnsel in den Lungenarterienästen, ohne Infarktbildung.

Auffallend war, daß das hohe Fieber, welches auf eine puerperale Infektion hinwies, erst nach mehr als 2 Wochen post partum eingetreten war.

Diskussion. E. Fraenkel fragt, wieviel Tage nach dem ersten Schüttelfroste die Kranke ins Hospital aufgenommen worden sei. Bei den zahlreichen, den Uterus durchsetzenden Thromben wäre die Trendelenburg'sche Operation auch am 5. Tage post partum, also sofort nach dem ersten Schüttelfroste, nicht mehr imstande gewesen, eine weitere Ausdehnung der Thrombose zu verhindern.

Asch: Die Kranke kam leider erst am 15. Tage post partum in meine Beobachtung. Da war die Thrombose in der Hypogastrica schon zu weit vorgeschritten, um zentral unterbinden zu können. Die Thrombose der V. femor. sin., die Schwellung des rechten Beines ließen ein Übergreifen des Prozesses schon auf die Iliaca vermuten.

Die Thrombophlebitis in der Wand des Uterus spricht dafür, daß auch bei rechtzeitiger Gelegenheit zur Operation die Entfernung des Uterus in der gelegentlich von mir geforderten radikalen Weise hätte angeschlossen werden müssen, um die Pat. möglicherweise zu retten.

V. Herr Falgowski (als Gast): Myome im Lig. latum bei einer 71jährigen Frau, die nie davon Beschwerden gehabt hat. Exitus in der inneren Abteilung des Allerheiligen-Hospitals in Breslau an Arteriosklerose, Myokarditis und Lungenaffektion. Das Myompräparat stellt einen zufälligen Sektionsbefund dar; die Myome machten keine Symptome.

Zwischen den auseinander gedrängten Blättern des rechten Lig. latum sieht man vier größere und eine Menge kleinere Myomknoten von verschiedener Kon-

sistenz, teils deutlich fibrös, teils erweicht; teils solitären, teils multilokulären Charakters. Tube und rechtes Ovarium sind intakt. Der Uterus ist dünnwandig, atrophisch, die linken Adnexe normal. Die rechte Uterina zieht vom Uterus nach den Myompaketen, eine andere Verbindung mit dem Uterus weisen die Myome nicht auf. Es ist demnach eine Entwicklung dieser Myome nicht aus dem Uterus, sondern aus dem rechten Ligament als erwiesen anzunehmen, was auch mit dem klinischen Verhalten der Geschwülste übereinstimmen würde; denn aus dem Ligament hervorgehende Myome sind gewöhnlich für die Frauen schmerzlos, während Myome, die, aus dem Uterus entspringend, langsam ins Ligament auswachsen und vom Uterus sich abschnüren, infolge der dadurch bedingten Zerrung große Schmerzen zu verursachen pflegen.

Hierzu mikroskopische Bilder.

Diskussion. Dienst kann sich den Anschauungen des Vortr. betreffs der klinischen Erscheinungen nicht anschließen.

Schiffer: Der Meinung des Herrn Vortr., daß Myome des Lig. latum keine Blasenbeschwerden hervorrufen, kann ich mich nicht anschließen. Bei einem im vorigen Jahr in der gynäkologischen Gesellschaft von mir vorgestellten Falle von Myom des Lig. latum waren es gerade die Beschwerden von seiten der Blase, die die Pat. veranlaßten, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

VI. Herr A. Fuchs (als Gast): Die Leistendrüsen bei Vulvakarzinom.

Bei einer 48jährigen Frau mit Pruritus vulvae seit $^1/_4$ Jahr wird ein hühnereigroßer Tumor im linken Labium majus entfernt, zugleich die Leistenbeuge ausgeräumt, obgleich auch in Narkose keine Drüsen vergrößert zu tasten sind. In einer der zur Untersuchung aus dem Fettgewebe herauspräparierten, makroskopisch nicht veränderten Drüsen deutlich Karzinom. Anerkanntermaßen liegt die Gefahr des Rezidivs bei Vulvakarzinom mehr in den Lymphdrüsen als in der Primärstelle; deshalb Entfernung der zugehörigen auf jeden Fall, ähnlich wie es die modernen Anschauungen bei Mammakarzinom fordern, bei denen der Heilerfolg von 8% auf 40% gestiegen ist.

Diskussion. Weyl berichtet über einen Fall von linksseitigem Vulvakarzinom mit linksseitigem Leistendrüsenrezidiv aus der Frauenabteilung des Allerheiligenhospitals. Im Juli 1903 war Pat. wegen des Vulvakarzinoms anderwärts operiert worden, wobei die rechtsseitigen, schon erkrankten Leistendrüsen mitentfernt wurden. Mit einem Rezidiv in der linken Leistenbeuge, dessen radikale Operation bereits unmöglich war und durch eine entsprechende Palliativoperation ersetzt werden mußte, kam Pat. im August 1905 ins Allerheiligenhospital. An der allmählich zunehmenden Kachexie ging Pat. im Februar 1906 zugrunde. Ein direktes lokales Vulvarezidiv war trotz der weitgehenden Ausbreitung des Karzinoms über die ganze linke Inguinalgegend und das mediale obere Viertel des Oberschenkels nicht aufgetreten.

Asch: In dem von Herrn Weyl geschilderten Falle waren auch die Drüsen der anderen Seite, in dem des Herrn Vortr. die nicht palpablen der gleichen Seite ergriffen. Man muß also auch bei Karzinomen an einer Vulvaseite, nicht nur bei denen an der Klitoris, beide Leistenbeugen ausräumen. Es wäre interessant, zu hören, ob sich später etwa bei der Pat., über die Herr Fuchs uns berichtete, auch die Drüsen der anderen Seite als ergriffen zeigen.

Biermer: Die Dauerresultate bei Mammakarzinom sind trotz Drüsensuche sehr schlechte (nach Küttner 0% bei 160 Fällen mit Supraclaviculardrüsen).

A. Fuchs (Schlußwort): F. erklärt sich einverstanden mit den von Asch hervorgehobenen Punkten, obwohl er glaubt, daß die Ausräumung beider Seiten nur bei den Tumoren der Klitoris oder der hinteren Kommissur streng indiziert sei.

Betreffs der Dauerresultate bei Mammakarzinom dürften folgende Daten von Interesse sein: König gibt in seinem Handbuche die früheren Erfolge mit 9%, die jetzigen (1899) mit 23% an. Aus der Klinik von Krönlein werden 19,4%, von Czerny 21%, Bergmann 28,79% angegeben. Rotter berichtete über 36%, Halstedt 41% und Joers, welcher die Statistiken von Rotter, Cheyne, Halstedt und Helferich zusammenzieht, über 42,1% Dauerheilungen.

Sitzung vom 20. März 1906.

Vorsitzender: Herr Küstner; Schriftführer: Herr Asch.

I. Herr Küstner zeigt ein 5 Wochen altes Kind, welches er am 2. Lebenstage an einer mandarinengroßen Nabelschnurhernie operiert hat. Gemacht wurde die radikale Resektion des Bruchsackes, nicht die Olshausen'sche Operation. Die Heilung verlief glatt, das Kind ist gediehen.

Unter Vorzeigung weiterer einschlägiger Präparate berührt K. die ätiologischen Verhältnisse; er äußert Bedenken gegen eine allgemeine Gültigkeit der Ahlfeldschen Theorie, nach welcher der Zug des Dotterstranges das hauptsächliche, ursächliche Moment bedeute und erörtert, daß die Aschoff'schen Untersuchungen eine größere Beachtung verdienten, als sie bisher, zumal seitens der Geburtshelfer, gefunden zu haben scheinen. Die abnorme Anlage der Leber ist für die Entstehung der Nabelschnurbrüche von höchster Bedeutung, wie schon aus der Häufigkeit, mit welcher sich die Leber am Bruchsackinhalte beteilige, und aus der Tatsache, daß dann die Leber meist mit dem Bruchsack an ihrer Konvexität verwachsen gefunden werde, hervorgehe.

Betreffs der von Aschoff ebenfalls als für die Ätiologie wichtig betonten Störung in der Bauchwandanlage warnt K. vor Mißverständnissen und zeigt mikroskopische Präparate von Durchschnitten durch Bruchsack und angrenzende Bauchwand, an welchen zu sehen ist, daß der Bruchsack, wie ja auch durch die klinische Beobachtung bereits ersichtlich, nur aus Peritoneum, einer Schicht embryonalen Bindegewebes und einer Epithelschicht bestehe. Letztere ist an der unmittelbaren Grenze der Bauchwandepidermis noch mehrschichtig, jedoch nur in ganz schmaler Zone, um dann in die Form der Epithelbekleidung überzugehen, wie wir sie an der Nabelschnur finden.

II. Herr Krebs spricht über Eihautretention am submukösen Fibrom. Er demonstriert ein borsdorfapfelgroßes Fibrom, dem ein 5markscheingroßer Eihautfetzen fest aufsitzt. Er gewann das sehr seltene Präparat durch digitale Lösung wegen Eihautretention. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß der spongiöse Anteil der Decidua fehlt und im kompakten sich große Komplexe hyalin degenerierter Deciduazellen finden.

K. glaubt bei der Häufigkeit submuköser Myome und Fibrome annehmen zu dürfen, daß diese nicht gar selten die Ursache für Eihautretention abgeben.

Die von ihm beschriebenen histologischen, auf Atrophie beruhenden Veränderungen der Decidua bei und ohne Myom müssen, analog der Placentaretention, öfter zur Erklärung der Eihautretention herangezogen werden.

Diskussion. Küstner schließt sich der Ansicht des Vortr. insoweit an, als er ebenfalls in der mangelnden Entwicklung einer decidualen Ampullärschicht auf dem Fibrom die Ursache für die festere Adhäsion der Eihäute hierselbst zu erblicken geneigt ist. Dagegen kann K. dem Vortr. darin nicht beitreten, daß über die Trennungszone der Eihäute wenig bekannt sei. K. hat selbst in einer Reihe von Arbeiten (Archiv für Gynäkologie, Berliner klin. Wochenschrift und kürzlich Deutsche med. Wochenschrift, in letzterer Arbeit erörterte K. die forensischen Gesichtspunkte) nachgewiesen, daß normal nicht nur, wie durch Langhans festgestellt war, im Bereiche der Placenta, sondern auch im Bereiche der Eihäute die Trennung in der Ampullarschicht erfolgt, in seltenen, dann pathologischen Fällen im Bereiche der Compacta.

III. Herr Kamann: Über Pyelonephritis in der Schwangerschaft und im Wochenbett.

K. hält diese Erkrankung nicht für so harmlos wie verschiedene neuere Autoren; er beobachtete zwei Fälle idiopathischer Pyelonephritis in graviditate, die beide letal endeten. Ferner verfügt K. über je eine Beobachtung von Pyelonephritis in graviditate und Pyelonephritis in puerperio, die ebenfalls tödlich ausgingen, bei denen aber der Exitus nicht allein der Entzündung

des Nierenbeckens und Nierenparenchyms zur Last zu legen ist. Im ersten Falle führte eine Retroflexio uteri gravidi zu Cystitis, rechtsseitiger Urethritis und Pyelonephritis und zu tödlicher Peritonitis. Der zweite Fall betraf eine septische Puerpera.

Anhangsweise berichtet K. noch über einen Fall hochgradiger tuberkulöser Zerstörung einer Niere durch den deletären Einfluß einer bestehenden Schwangerschaft-Exitus infolge Perforation eines einfachen Magengeschwüres im 4. Schwangerschaftsmonat — und über einen Fall ausgetragener Schwangerschaft nach einseitiger Nephrektomie wegen Nierentuberkulose.

Diskussion wird vertagt.

IV. Herr Witteck (a. G.): Die sklerotischen Gefäßveränderungen des Uterus bei Nulli- und Multiparen und die klimakterischen Blutungen. (S. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXIII. p. 796. Ref. im Zentralblatt für Gynäkologie 1906. Nr. 37.)

Diskussion. Schiller ist der Ansicht, daß es sich hier um das Bild der Metritis chronica handelt, und daß das Ausbleiben der Sekalewirkung auf den Schwund der kontraktilen Elemente im Uterus zurückzuführen ist.

E. Fraenkel bezweifelt nicht, daß in den vorliegenden Fällen die Entfernung des Uterus angezeigt war; er habe aber nie wegen unkomplizierter Meno- oder Metrorrhagien eine Indicatio vitalis für die Totalexstirpation sehen können. Die Frauen seien oft wohl als hochgradig anämisch, als »ausgeblutet« hingestellt, aber Verblutungstodesfälle sind ihm unbekannt. Früher habe er oft wiederholt curettieren und dann mit Eisenchlorid oder anderen Stypticis auspinseln müssen; jetzt gewährleiste ihm die Atmokausis mit oder ohne Curettage prompten und dauernden Erfolg. Die Totalexstirpation erfordere 14 Tage Bettruhe und 4 Wochen Schonung, das Apostoli'sche Verfahren, eine vielwöchige, wenn auch ambulante Behandlung, die Curettage-Atmokausis erziele Heilung in längstens 14 Tagen. Ohne ernstlichen Versuch durch sie dürfe eine Totalexstirpation in diesen Fällen nicht vorgenommen werden.

Asch. Die Untersuchungen Witteck's an meinem Materiale zeigen, daß die »Metritis chronica« für diese Fälle nicht zu Recht besteht; es sind nur einwandfreie Fälle ausgewählt worden; hier findet sich alleinige, aber nachweisbare Sklerose der Uteringefäße. Selten genug wurde auch bei uns die Indikation gestellt. 4mal in 12 Jahren bei relativ großem Material. Allein vor dem Verblutungstode sollte doch die Operation nicht retten, sondern heilen, als andere Mittel versagten. In diesen Fällen ist die Curettage ein untaugliches Mittel und hat sich als solches erwiesen. Gerade sein Versagen weist bei Fehlen anderer Gründe auf diese Ätiologie hin. Ebenso das Versagen, ja die Verschlimmerung bei Sekaleverabreichung. Ich glaubte früher auch, letztere auf Mangel an Muskelgewebe schieben zu müssen; unsere Untersuchungen zeigen, daß die starren Gefäßwände auch Kontraktionen gegenüber unbeeinflußt bleiben, während die Kompression der Venen den Rückfluß behindert, die Blutung verstärkt. Das Apostoli'sche Verfahren darf übrigens bei diesen Fällen nicht wochenlang angewandt werden. Wo es bei den von Herrn Fraenkel skizzierten Fällen hilft, genügen 2—3 Sitzungen ohne Dilatation der Cervix. Darin ist es der Atmokausis überlegen.

Küstner erinnert daran, daß sich schon in den Arbeiten Thoma's über Gefäße und Gefäßanomalien die Angabe findet, daß der Uterus dasjenige Organ sei, in welchem am frühesten, mitunter schon um die Zeit der Pubertät, atheromatöse Veränderungen der Gefäße vorkommen. Diese Tatsache verdient Berücksichtigung bei der Beurteilung der Gefäßveränderungen in den sogenannten metritischen Uteri.

Was die Therapie der Blutungen betrifft, so verhält sich K. der Atmokausis gegenüber reserviert.

Baumm erinnert an zwei Uteri, die er vor Jahren wegen klimakterischer Blutung vaginal entfernt hat und durch Herrn Maiss in der Schlesischen Gesell-

schaft für vaterländische Kultur demonstrieren ließ. Die Vaporisation macht er nicht mehr, seitdem er einen Todesfall danach erlebt hat.

Maiss hat vor 8 Jahren drei Uteri, die wegen klimakterischer Blutungen exstirpiert waren, untersucht. Es fiel ihm an allen ein starker Bindegewebsreichtum auf. Gröbere Veränderungen an den größeren Gefäßen konnte er nicht feststellen, dagegen fand er in der Schleimhaut bei einem Uterus ein ausgedehntes Netz erweiterter und strotzend mit Blut gefüllter Kapillaren, so daß die Schleimhaut das Aussehen eines kavernösen Gewebes hatte.

Wittek (Schlußwort): Auf Schiller's Einwand, daß die von mir beobachteten »Sekalewirkungen« wohl hauptsächlich auf Schwund der Uterusmuskulatur mit folgendem Bindegewebsersatz und sich anschließender Kontraktionsinsuffizienz zurückzuführen seien, möchte ich mir die Bemerkung erlauben, daß in dem ersten meiner Fälle absolut keine Bindegewebshypertrophie bestand, in dem zweiten auf keinen Fall in solchem Grade vorhanden war, daß ihr als ätiologisches Moment irgendwelche Bedeutung beigelegt werden konnte. Auch ist mir andererseits nicht ganz klar, wie Schiller bei bloßer Berücksichtigung der Bindegewebswucherung als kausales Moment eine hinreichende Erklärung gerade für das Zunehmen der Blutungen nach Sekaleverabfolgung finden will. Ferner scheint mir der von Schiller erwähnte Befund, daß er große (?) Gefäße direkt unter der Mucosa gefunden habe, ganz belanglos für das Entstehen von Hämorrhagien, da doch die Kapillaren trotzdem den Radiärästen entspringen, welche, noch in der Muscularis gelegen, notwendigerweise den Kontraktionen dieser unterworfen sind, und so bei normaler Beschaffenheit der Gefäßwand, selbst bei obigem Befund, sehr wohl eine genügende Kompression erzielt werden kann.

Baumm möchte ich zu den Befunden von Maiss entgegnen, daß bei meinen Untersuchungen sich nicht sowohl eine Gefäßvermehrung in der Mucosa als gerade in der angrenzenden Muscularis findet, ohne irgendwelche Anomalien des Drüsenapparates. Daher erscheint mir überhaupt ein Vergleich jenes uns von Baumm gegebenen, wohl in das Gebiet einer Endometritis fungosa zu rubrizierenden Befundes mit dem meinigen nicht gut möglich, zumal von mir von vornherein derartige endometritische Uteri von der Untersuchung ausgeschlossen wurden.

Somit dürfte ich wohl begründeterweise aus meinen Untersuchungen das Fazit ziehen, daß bei diesen vier Uteris, die weder Mucosaaffektionen, noch irgendwelche Anzeichen einer entzündlichen Metritis aufweisen, lediglich die angeführten sklerotischen Gefäßveränderungen als Ursachen der Hämorrhagien aufzufassen sind.

V. Herr Kamann zeigt

1) einen fast hühnereigroßen, von der Vorderwand des Uterus einer 76jährigen Frau entspringenden Schleimpolypen. Medianer Sagittalschnitt durch das Sektionspräparat.

2) Sagittalschnitte durch zwei von den Sektionen alter Frauen stammende gehärtete Prolapse.

Neueste Literatur.

2) Archiv für Gynäkologie Bd. LXXVIII. Hft. 3.

1) Fellner. Zur physiologischen Wirkung der Hydrastis canadensis und des Ergotins auf die Zirkulationsorgane und die Uterusmuskulatur.

Die jüngst veröffentlichten Versuche Kurdinowski's an der isolierten Gebärmutter veranlassen F. an seine vor mehr als 20 Jahren im Laboratorium von Prof. v. Basch ausgeführten Experimente an lebenden Tieren zu erinnern, die bezüglich der Wirkungsweise der oben erwähnten Mittel zu teilweise anderen Ergebnissen führten als die von Kurdinowski. Während letzterer mit beiden Mitteln (Hydrastinin und Sphacelinsäure) gleichartige Uteruskontraktionen tetanischen Cha-

rakters erzeugte, stellt F. den tetanischen Charakter der Wirkung der Hydrastis in Abrede. Vielmehr beobachtete er kurze Kontraktionen, die durch lange Pausen unterbrochen waren. Ferner fand er nicht bloß die Sphacelinsäure wirksam, sondern insbesondere das Ergotin bis depuratum (Parke, Davis u. Cie.). Er fand ferner die Hydrastis noch wirksam, wo Ergotin nicht mehr wirkte, und konnte durch das eine Mittel die Kontraktionsform des anderen beeinflussen. So modifizierte die Hydrastisinjektion nach vorausgegangener Ergotininjektion die mächtigen tetanischen Kontraktionen des letzteren derart, daß Erschlaffung und Zusammenziehung sich schneller folgten und die Pausen länger wurden. In Übereinstimmung mit Kurdinowski hatte F. gefunden, daß die durch beide Mittel erzeugten Kontraktionen unabhängig von ihrer Einwirkung auf das Gefäßsystem (wahrscheinlich zentrale Wirkung) erfolgen. Der Umstand, daß die Hydrastis die Wirkung des Ergotins ihres tetanischen Charakters entkleidet, könnte vielleicht praktisch zur Erzeugung wirksamer Wehen Verwendung finden.

2) Bengelsdorff (Helsingfors). Über die Reaktion des Scheidensekretes.

Arbeiten, die in der Klinik zu Helsingfors über das Scheidensekret von Schwangeren und Wöchnerinnen im Gange sind, veranlaßten auch eine selbständige Nachprüfung des Scheidensekrets Neugeborener, da die Forscher auf diesem Gebiet in wesentlichen Punkten differieren. B. untersuchte in Zwischenräumen von 24 Stunden das Sekret von Vulva und Vagina, das mittels einer mit einem Aspirator versehenen Pasteur'schen Pipette entnommen wurde. Aus der über 20 Fälle aufgestellten Tabelle ist zu entnehmen, daß das Scheidensekret des Kindes unmittelbar post partum alkalische, neutrale und verhältnismäßig selten saure Reaktion zeigt. Schon während der ersten Stunden und Tage verändert sie sich und wird sauer. Dabei spielen, wie es scheint, Bakterien keine Rolle, da die Veränderung auch in den Fällen eintrat, wo keine Bakterien nachgewiesen werden konnten. In zwei Fällen, wo die Hymenalöffnung sehr eng, von starken Labia minora bedeckt und mit Vernix caseosa überzogen war, war die Reaktion unmittelbar post partum sauer. Verf. nimmt daher an, daß das intra-uterin erzeugte Sekret sauer ist und nur durch das alkalische Fruchtwasser, welches durch Diffusion oder Bewegungen des Fötus eindringt, neutral oder alkalisch gemacht wird. Die Reaktionsveränderung wurde auch in den Fällen konstatiert, wo Bakterien weder mit Hilfe des Mikroskopes noch durch Züchtungsversuche nachgewiesen werden konnten. Die einfache Bakterienflora spricht gegen eine Infektion bei der Geburt durch die Vaginalbakterien der Mutter (Krönig), am häufigsten kommen Bakterium coli und Staphylokokkus albus vor. In keinem Falle gelang es Verf. den Döderlein-schen Scheidenbazillus nachzuweisen. Er scheint daher bezüglich der sauren Reaktion in den ersten Lebenstagen keine Rolle zu spielen.

3) Specht. Mikroskopische Befunde an röntgenisierten Kaninchenovarien.

Analog der Tatsache, daß durch Bestrahlung der Hoden Azoospermie und Atrophie erzeugt werden kann, hatte Halberstädter in der Breslauer dermatologischen Klinik ähnliche Veränderungen an Kaninchenovarien festgestellt. S. hat die genauere histologische Untersuchung der verwendbaren bestrahlten Kaninchenovarien durchgeführt und gibt uns in der vorliegenden Arbeit seine Ergebnisse bekannt. Wie schon Halberstädter betont hatte, tritt in den meisten Fällen ein vollständiger Schwund der Graaf'schen Follikel ein, während die Primärfollikel, an Zahl sehr verringert, deutliche Degenerationszeichen aufweisen. S. richtete jedoch seine Aufmerksamkeit auch auf das beim Kaninchenovarium den größten Teil der Substanz ausmachende interstitielle Eierstocksparenchym, dessen Zellen auf der bestrahlten Seite viel kleiner und protoplasmaärmer gefunden wurden. Erst durch diese letzteren Befunde ist die Verkleinerung des bestrahlten Organes im Vergleiche mit dem nicht bestrahlten vollständig erklärt. Um die ersten Degenerationserscheinungen kennen zu lernen, exstirpierte Verf. in einer eigenen Versuchsreihe die Ovarien nach nur 1—2stündiger Bestrahlung in verschiedenen Zeiträumen. Nach Verlauf von 12—24 Stunden wurden bereits in den Primär-

follikeln und im interstitiellen Parenchym Veränderungen gefunden, die mit Wahrscheinlichkeit auf die Wirkung der Röntgenstrahlen zurückzuführen waren. Falls sich Methoden finden ließen, um die empfindlichere menschliche Haut gegen Schädigung durch die Strahlen zu schützen, wäre eine therapeutische Verwendung beim Menschen als Ersatz eingreifender Operationen nicht ausgeschlossen.

4) Theilhaber und Meier. Die physiologischen Variationen im Bau des normalen Ovariums und die chronische Oophoritis.

Die klinischen Symptome (Größe, Schmerzhaftigkeit, Form, Oberfläche, Konsistenz) sind für die Diagnose der chronischen Oophoritis nicht beweisend. T. ist der Ansicht, daß auch die in der Literatur angegebenen anatomischen Merkmale (verdickte Albuginea, Bindegewebshyperplasie, Verringerung des Follikelapparates, Veränderung der Gefäßwände) keineswegs pathognomonisch sind. Er ließ daher durch seinen früheren Assistenten Meier die Ovarien von 69 meist nicht gynäkologisch erkrankten Personen, die ihm von v. Bollinger zur Verfügung gestellt waren, untersuchen, und ebenso die Ovarien von 17 Pat., die von ihm selbst operiert waren. Nach dem Ergebnis der mühevollen und höchst interessanten Untersuchungen gibt es im Baue des normalen Ovariums sehr große physiologische Variationen. Zu diesen gehören diffuse Verdickungen der Albuginea, mit dem Alter zunehmende Verringerung des Follikelapparates, Hypertrophie des Bindegewebes und Veränderungen der Gefäßwände. Also auch die stenosierende Arteriitis ist in keiner Weise charakteristisch für die chronische Oophoritis. Sie ist durch Rückbildungsvorgänge im Blutgehalt einzelner Partien des Parenchyms bedingt und zeigt sich am häufigsten in der Nähe der Corpora albicantia. Ähnlich verhält es sich mit der hyalinen Degeneration der Gefäßwände. Anhäufungen von zahlreichen Rundzellen finden sich häufig in der Umgebung nicht allzu alter Corpora lutea. Echte Oophoritis fand sich nur bei Pat. mit Salpingitis. Bei diesen fanden sich häufig partielle Schwartenbildungen auf der Albuginea, von denen aus derbe, narbige Bindegewebszüge tief ins Parenchym, oft bis zum Hilus vordrangen, das Parenchym vollständig substituierend; auch kleincystische Degeneration findet sich bei diesen an partieller Oophoritis sekundär erkrankten Ovarien. T. glaubt nicht, daß eine idiopathische chronische Oophoritis existiert. In den Fällen, in denen eine solche wegen der lokalisierten Schmerzhaftigkeit diagnostiziert wird, handelt es sich meist um Neurosen in zufälliger Kombination mit dem Befund eines ungewöhnlich großen Ovariums oder um Reste einer Salpingo-Oophoritis.

5) Schmidlechner. Gangraena uteri puerperalis.

Eine der selteneren Puerperalerkrankungen, früher unter dem nicht das Wesen der Krankheit treffenden Namen Metritis dissecans bekannt, wird vom Verf. auf Grund der W. Beckmann'schen Arbeit, die außer drei selbstbeobachteten Fällen ca. 40 zusammenstellte, klinisch und pathologisch-anatomisch geschildert. Charakteristisch ist der schwere Allgemeinzustand bei niedrigeren Temperaturen, ferner der große schmerzhafte Uterus und der stinkende, schmutziggraue Ausfluß; unbekannt ist, aus welchem Grund in dem einen Fall allgemeine Sepsis eintritt, in dem anderen nur die lokale Nekrose. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich nekrotische Fibrome in Betracht. In dem Falle des Verf.s, dessen Schilderung der allgemeinen Betrachtung folgt, machte die in der Cervix zu fühlende nekrotische Masse den Eindruck einer bösartigen Geschwulst, eines Chorioepithelioms, weshalb die vaginale Totalexstirpation mit Erfolg ausgeführt wurde. Schwierigkeiten bei der Abschiebung der Blase in dem ödematösen Gewebe und Eröffnung der Cervixhöhle, da die Nekrose gerade hier fast die ganze Wand betraf. Die Infektion durch die oft gefundenen Streptokokken geschieht an den placentaren Venenwänden. Eine lokale Lädierung ist bei den beiden von v. Franqué und Bumm-Liepmann beschriebenen Fällen von kriminellem Abort nachgewiesen. Sonst ist die Gangrän, abgesehen von drei Frühgeburten, nur nach am normalen Ende der Schwangerschaft erfolgten Geburten beschrieben. Mortalität 30%. In der Tauffer'schen Klinik ist der beschriebene Fall der einzige im Zeitraume von 23 Jahren. Die meisten sind aus Rußland beschrieben.

6) Kurdinowski. Weitere Studien zur Pharmakologie des Uterus und deren klinische Würdigung.

Mittels seiner Methode, die Kontraktionen der Gebärmutter, und zwar isoliert oder in lebendem Zustand in der erwärmten Kammer zu registrieren, hat K. der Physiologie und Pharmakologie dieses Organs eine exakte Grundlage gegeben. K. macht in der vorliegenden Arbeit zunächst einige Bemerkungen zur Methodik der Experimente, und bespricht hauptsächlich die Art der Einverleibung der zu prüfenden Mittel in den Tierkörper, die von großem Einfluß auf die Reinheit der Schreibhebelkurven ist. Zumeist bedient sich Verf. aus dem Grunde der intravenösen Injektion von der Jugularis aus, weil die Einwirkung deutlich und schnell sichtbar wird. Das Medikament selbst wird in physiologischer Kochsalzlösung aufgelöst, mit der man vor der eigentlichen Injektion ohne Medikament eine Einspritzung macht, um die Tiefe der Narkose zu prüfen und reflektorische Kontraktionen der Gebärmutter auszuschließen. Will man eine breitere Kurve über ein Medikament erhalten, so prüft man es auch mit subkutaner Einspritzung.

Von den geprüften Mitteln ist das Chinin am genauesten studiert. Es übt einen tonisierenden Einfluß auf die Gebärmutter in kleinen Dosen aus. Die Wehen werden verlängert, es tritt eine dauernde, tetanische Kontraktion des Uterus und seiner Gefäße ein. In großen Dosen bewirkt das Chinin Paralyse. So kann das Chinin in kleineren, fortgesetzten Dosen überall da empfohlen werden, wo Atonie vorhanden ist, wie bei Atonia post partum, Meno- und Metrorrhagien, nicht dagegen intra partum, wo wahrscheinlich Asphyxie und Tod der Frucht durch die tetanischen Wehen und ihre Einwirkung auf den Placentarkreislauf hervorgerufen werden können. Auch während der Schwangerschaft ist eine dauernde Chininanwendung zu vermeiden. Als mittelstarkes Tonikum erweist sich das Stypticin und das Hydrastinin. Das Adrenalin wird als Ultimum refugium bei lebensgefährlichen atonischen Blutungen anempfohlen, das Extrakt Hamamelidis erweist sich wie die ersterwähnten Mittel als tetanisierendes Tonikum, während das Berberin die Kontraktionen verstärkt, ohne ihren Charakter zu verändern.

7) Gauss. Geburten in künstlichem Dämmerschlaf.

Den vorliegenden Versuchen liegt ein Material von 500 Geburten aus der Freiburger Klinik zugrunde, bei denen die Skopolamin-Morphium-Halbnarkose angewendet wurde, um schmerzfreie Geburtsarbeit zu erzielen. Von den bisherigen Anwendungsweisen unterscheidet sich die Methode, die vom Verf. ausgearbeitet wurde, prinzipiell dadurch, daß nicht nur Hypalgesie wie bisher angestrebt wurde, sondern eine Bewußtseinstrübung, die mit gänzlicher Amnesie der Geburtsschmerzen und sämtlicher während der Wirkungsdauer eintretenden Ereignisse verknüpft ist. Nach tastender und versuchsweiser Anwendung des Mittels in verschiedener Dosierung und Kombination wurde der gewünschte Effekt vollkommen oder zeitweise in 381 = 76,2% der Fälle erreicht. Das Nähere über die Technik muß im Originale nachgelesen werden, hier sei nur erwähnt, daß das Merck'sche Präparat und Morphium in 0,03%iger resp. 1%iger Lösung getrennt vorrätig gehalten wurden und mit der Injektion von 0,0045—0,006 Skopolamin und 0,01 Morphium begonnen wurde, welchen Dosen nach Zwischenräumen von mehreren Stunden zur Erhaltung des Dämmerschlafes kleinere Dosen folgten. Zur weiteren Charakterisierung des Dämmerschlafes sei hervorgehoben, daß äußere Eindrücke, wie Geräusche, Lichteffekte, die Kreißende im Schlafe stören können und deshalb fernzuhalten sind. Soll vollkommene Amnesie nach der Geburt folgen, so muß die Merkfähigkeit im Dämmerschlafe bedeutend gestört sein. Verf. konnte daher die letztere als Kriterium der Tiefe des Schlafes mit Erfolg benutzen, um eine gleichmäßige Wirkung zu erzielen. Durch statistische Vergleiche erbringt G. den Nachweis, daß nach Überwindung der ersten Schwierigkeiten und nach genauerer Orientierung über die Wirkungsweise verschiedener Kombinationen der Injektionen weder das subjektive noch objektive Befinden der Wöchnerin, noch das Befinden des Kindes durch den Dämmerschlaf irgendwie schädlich beeinflußt wurde. Störungen der Geburtsarbeit führt Verf. hauptsächlich auf zu hohe Morphiumdosen zurück. Desgleichen den Zustand der Oligopnöe des Kindes, in dem nicht weniger als

119 = 23,8% der Lebendgeborenen angetroffen wurden. Es darf auch nicht unerwähnt bleiben, daß 7 Kreißende durch das Skopolamin in einen ganz unerwünschten Erregungszustand versetzt wurden, in dem die Hände dauernd festgehalten resp. gefesselt werden mußten. Überhaupt scheint die Reaktion auf das Skopolamin bei verschiedenen Individuen verschieden zu sein und sich einer vorhergehenden Beurteilung zu entziehen. Unbedingte Forderung ist daher die ständige Beobachtung der Kreißenden durch den Arzt. Da auch der Vorgang der Geburt von der im Dämmerschlafe befindlichen Kreißenden unbemerkt bleibt, konnte es bei einer Steißlage passieren, daß das halbgeborene Kind tot zwischen den Schenkeln der Mutter gefunden wurde. Als Kontraindikationen bezeichnet Verf. primäre Wehenschwäche, Schwächezustände, fieberhafte Erkrankungen, Anämien wie bei Placenta praevia usw. Dagegen scheinen G. die Injektionen bei Eklampsie eine wohltuend beruhigende Wirkung zu haben. Bei operativen Fällen ließ sich der Dämmerschlaf zur Einleitung der meist notwenigen Inhalationsnarkose benutzen. Verf. empfiehlt zum Schluß die »bisher unerreicht dastehende« Methode, um in humanem Sinne die Qualen der gebärenden Frau auf das geringste Maß zu beschränken.

8) **Brunet. Ergebnisse der abdominalen Radikaloperation des Gebärmutterkrebses.**

Die eigenen Untersuchungen des Verf.s (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI) umfassen das Material der Mackenrodt'schen Klinik aus den Jahren 1901—1904, im ganzen 70 Fälle. Der Hauptwert der vorliegenden Zusammenstellung liegt in der Zusammenfassung des Materials von Kundrat-Wertheim, Kermauner-Rosthorn, Pankow-Krönig und Brunet-Mackenrodt, über welches anatomische Untersuchungen der Parametrien und Lymphdrüsen vorliegen, unter einheitlichen Gesichtspunkten. Zu diesem Zwecke teilt Verf. das Material in zwei Haupt- und fünf Untergruppen ein, von denen die erste Hauptgruppe mit drei Untergruppen alle Krebse einschließt, die makroskopisch auf den Uterus beschränkt sind, die zweite Hauptgruppe alle die, die vorgeschritten sind, doch radikal operiert zu sein scheinen, und die, die im Kranken operiert sind. Korpuskrebse sind nicht mitgerechnet. Im folgenden seien einige der sich ergebenden interessanten und lehrreichen Zahlen angeführt. Zur ersten Hauptgruppe gehören von den 251 Fällen 132, der Rest zur zweiten. Bei einer Durchschnittsoperabilität von 67% hat schon etwa die Hälfte der Fälle die Grenzen des Uterus überschritten, und bei $^1/_6$ war eine radikale Heilung nicht mehr möglich. Faßt man die ersten vier Untergruppen, d. h. alle radikal operabeln Fälle zusammen — die Hälfte aller Frauen, die wegen Uteruskarzinom die vier Operateure aufgesucht haben —, so lehrt das Mikroskop in einwandfreier Weise, daß in 60% Parametrien und Lymphdrüsen sekundär karzinomatös sind. In den 70 Mackenrodt'schen Fällen ist auch das Parakolpium in Serienschnitten untersucht worden. Es zeigte sich nun, daß in 42% aller operabeln Fälle auch die Scheide sekundär ergriffen war. In $^2/_3$ dieser Fälle war das Übergreifen submukös, dem Auge unsichtbar erfolgt. Die obere Scheide muß also in allen Fällen von Krebs des unteren Gebärmutterabschnittes mit entfernt werden. Der Ureter war unter 251 Fällen nur 1mal ergriffen (Krönig), die Blase war bei Mackenrodt 22mal verletzt worden, darunter 16mal bei entzündlichen Schwarten, nur 4mal fand sich Karzinom. Da das kranke Gewebe am Uterus verlötet ist, schiebt Mackenrodt die Blase stumpf ab und näht die Verletzung sofort, die meist nur die entzündlich veränderte Blasenmuskulatur betrifft. Nur bei Übergreifen des Karzinoms wird reseziert. Über 180 Fälle liegen genaue Lymphdrüsenuntersuchungen vor. Hauptgruppe I (Krebs makroskopisch auf Uterus beschränkt) zeigt regionäre Lymphdrüsen infiziert in 34%. Wird Untergruppe IV dazu genommen (alle radikal operierten Fälle), so erweisen sich in 44% Lymphdrüsenmetastasen bei 50% Operabilität. Die Operationsmortalität beträgt für die erste Hauptgruppe 11,6% bei einer Operabilitätsziffer von 35%. Dazu bemerkt Verf., daß bei zirka derselben Operabilitätsziffer, aus großen Zahlen berechnet, heute die vaginale Totalexstirpation 9% Mortalität ergibt. Für die vier ersten Gruppen erhält man, aus 210 Fällen

berechnet, eine mittlere Zahl von 15% primärer und sekundärer Operationsmortalität. Was die Dauerresultate der Mackenrodt'schen Fälle betrifft, so stellt Verf. fest, daß bei einer Operabilitätsziffer von 90% von den 22 im Jahre 1902 operierten Fällen 11 = 50% noch gesund leben. Das bedeutet eine absolute Heilungsziffer von 45% für 3—4 Jahre.

9) Weindler. Zur Reform des Hebammenwesens unter Zugrundelegung der sächsischen Verhältnisse.

Die viel ventilierte Frage wurde auch von W. in einem in der Dresdener Gynäkologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag erörtert, aus dem insbesondere hervorgehoben zu werden verdient, daß gerade die sächsischen Verhältnisse von autoritativer Seite als vorbildlich anerkannt worden sind. In Dresden selbst haben nach W. über 80% der Hebammen ein ausreichendes Berufseinkommen nach der Steuerliste von 1899 gehabt. So viele Vorschläge nach allen Richtungen hin gemacht worden sind, Fritsch und Freund haben wohl den Nagel auf den Kopf getroffen, wenn sie fordern, daß vom Staate aus eine Verbesserung der materiellen Lage der Hebammen in die Wege geleitet werden müßte. Zum Schluß faßt Verf. seine Forderungen dahin zusammen:

1) Die Besserung der materiellen Lage und die Heranziehung der Hebamme zu gemeinsamer Tätigkeit mit dem Arzte sind die Vorbedingung zu jeder Hebammenreform. Unser Vorbild, unsere Belehrungen, vor allem die ständige genaue Kontrolle von seiten geburtshilflich tätiger Ärzte vermögen mehr als alles andere die Hebamme auf der Höhe ihrer Ausbildung zu erhalten.

2) Es sind regelmäßige Wiederholungskurse für Hebammen als notwendige Ergänzung des Hebammenunterrichtes zu betrachten. Diese sollen eine Wiederauffrischung des bereits Gelernten, besonders auf dem Gebiete der technischen Fertigkeiten bezwecken.

3) W. wünscht an Stelle der langen Fernhaltung von der Praxis bei Kindbettfiebererkrankung gründliche Sterilisation der Kleider und Instrumente und Desinfektion der Hände.

10) Blumreich. Schwangerschaft und Geburt, kompliziert durch einen Darmvorfall mit Schleimhautumstülpung aus einem Anus praeternaturalis heraus.

Schilderung eines seltenen Geburtsfalles, bei dem links oberhalb des Lig. Pouparti eine 14 cm lange Geschwulst von 4—5 cm Durchmesser saß, die sich als prolabierte Darmpartie erwies. Aus der Öffnung des rechten Geschwulstschenkels quoll andauernd Kot auf den Mons veneris. Es war schwierig eine Verunreinigung der Genitalien zu verhüten. Nach Erweiterung des Muttermundes und Beginn der Austreibungsperiode trat mit jeder Wehe ein neues Stück Darmschleimhaut zutage, so daß, als der Kopf durchschnitt, eine nicht weniger als 40 cm lange wurstförmige Darmpartie auf dem Abdomen lag. Nach der Geburt zog sich der Darm bis auf die ursprüngliche Länge von 14 cm wieder zurück. Der Anus praeternaturalis war bei der 29jährigen Pat. angelegt worden, um einen strikturierenden Prozeß im Mastdarme zur ungestörten Ausheilung zu bringen. Nach Angabe der Pat. soll sich der Darm in den letzten Schwangerschaftsmonaten öfters hervorgestülpt haben, bis er die letzten 2 Wochen ständig auf dem Bauche blieb.

Dieser Fall von »Hammerdarm«, nach König so genannt, zum ersten Male bei Anus praeternaturalis in Schwangerschaft und Geburt beobachtet, bildet eine Illustration zu der Einwirkung der Bauchpresse auf alles, was beweglich ist in der Leibeshöhle. Durch den Zug des zuerst vorgestülpten zuführenden Darmendes ist wahrscheinlich die hintere Darmwand, die bei der Operation mit dem Mesenterium an der Bauchwand fixiert war, gelockert worden. Eigentümlich ist die außerordentliche Nachgiebigkeit des Mesenteriums, das in ganzer Ausdehnung dem vorgestülpten Darmteile folgen mußte.

Courant (Breslau).

Wochenbett.

3) W. Zangemeister (Königsberg i. Pr.). Über die Wirkung des Antistreptokokkenserums.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 27.)

Die Wirkung des Antistreptokokkenserums hängt von mehreren Faktoren ab: von der Anwesenheit genügender Mengen von Immunkörpern, von dem Vorhandensein aktionsfähiger Leukocyten, wozu als drittes Moment die Virulenz der Streptokokken kommt. Wir sind nicht imstande, den Virulenzgrad der Infektionsträger für den Menschen zu bestimmen, und können ebensowenig die dem Körper im Falle einer Infektion disponible Leukocytenmenge messen, daher ist auch die dritte unbekannte Größe, die Menge der im menschlichen Organismus wirksamen Immunkörper, also die Qualität eines Antistreptokokkenserums, schwer zu bewerten. Die Ursachen mangelhafter Wirksamkeit werden daher manchmal unaufgeklärt bleiben müssen. Empirisch ergeben sich nun, wie Z. zeigt, folgende Möglichkeiten, die die Wirkung selbst eines mit wirksamen Immunkörpern beladenen Antistreptokokkenserums vereiteln können: 1) wenn die tödliche Streptokokkendosis weit überschritten wird; 2) wenn der Leukocytenapparat des Organismus insuffizient ist; 3) wenn die Streptokokken an einem Orte zur Entwicklung kommen, an den die im Blute kreisenden Immunkörper und die Leukocyten weniger schnell und weniger reichlich oder gar nicht hingelangen können; 4) wenn die Virulenz der Streptokokken eine besonders hohe ist, resp. ihr Rezeptorenapparat von den Immunkörpern des Antiserums nicht oder ungenügend angegriffen wird. Z. führt zunächst die Ergebnisse einer Reihe in Betracht kommender Tierversuche an, dann eine Reihe von 32 aufeinander folgenden abdominellen und vaginalen Operationen, bei denen mit 5 ccm prophylaktisch immunisiert wurde. Bei diesen Serumfällen war das Temperaturmaximum im Mittel nicht niedriger als sonst, und infektiöse Todesfälle ereigneten sich nicht seltener als zuvor. Trotz prophylaktischer Anwendung relativ großer Dosen kamen Todesfälle durch Streptokokkeninfektion zustande. Z. kommt zu dem Schluß, daß das Antistreptokokkenserum (Aronson) in seiner heutigen Form für die therapeutische Anwendung am Menschen noch nicht brauchbar ist, da das Serum nicht imstande ist, vor Eintritt der Infektion, im denkbar günstigsten Augenblicke gegeben, einen merklichen Schutz zu gewähren.

Zurhelle (Bonn).

4) M. Cohn (Bukarest). Das Collargol in intravenösen Einspritzungen bei Puerperalfieber.

(Revista de chirurgie 1906. Juni.)

Im Laufe eines Jahres wurden in der Bukarester Gebäranstalt 26 Fälle von meist schweren puerperalen Infektionen mit intravenösen Collargoleinspritzungen behandelt und bei 25 Heilung erzielt. Diese Behandlung wurde erst dann vorgenommen, wenn die betreffenden Pat. auf die gewöhnliche Behandlung der puerperalen Sepsis nicht in günstiger Weise reagierten. Bei den zuletzt behandelten Fällen wurden größere Dosen als anfänglich angewendet und bis zu 0,25 täglich eingespritzt. Das Collargol ist kein Spezifikum, kann aber als ein nützliches Adjuvans in der Behandlung schwerer septischer Puerperalprozesse betrachtet werden. **E. Toff** (Braila).

5) Bökelmann (Heilanstalt Kork-Baden). Ein Beitrag zur Behandlung der Sepsis mit Collargol.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 26.)

Die von B. gegebene Krankenskizze erhärtet von neuem die Tatsache von der vorzüglichen Wirkung des Collargols bei der sonstigen medikamentösen Bestrebungen gegenüber so außerordentlich refraktären Affektion. Vor allem fand B. Loebel's Behauptung bestätigt, daß die Collargolklysmen bei septischen Erkrankungen der Silbersalzschmierkur überlegen sind und der intravenösen Einverleibung

an Wirkung fast gleichkommen, wobei die Einfachheit und Ungefährlichkeit der Applikation gerade für den praktischen Arzt von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind. Nebenerscheinungen irgendwelcher Art (Argyria-, Darmreizung) wurden nicht beobachtet. Die Collargolklysmata wurden nach vorangegangenem Reinigungsklistier täglich zweimal (0,2 g) verabreicht, und brachten allmählich den gewünschten Erfolg und zum Schluß definitive Heilung.

Zurhelle (Bonn).

6) **G. Michel** (Nancy). Appendicitis im Wochenbett.

(Province méd. 1906. März 17.)

Nach einer historischen Besprechung geht Verf. auf die Ätiologie der Erkrankung ein. Sie ist relativ selten und kommt hauptsächlich bei jungen Frauen von 18—30 Jahren vor. Ätiologisch ist oft eine schwere Geburt, speziell mit operativen Eingriffen, anzuschuldigen. Der erste Anfall kann schon während der Geburt auftreten. In der Anamnese findet man sehr oft, daß Anfälle von Appendicitis vorangegangen sind. Meist tritt der erste Anfall einige Tage nach der Geburt auf; die Appendicitis kann sich aber auch ganz chronisch im Wochenbett entwickeln. Man kann unterscheiden: Appendicitiden infolge lokaler Ursachen, solche infolge Fortpflanzung, und schließlich solche infolge allgemeiner Ursachen. In die erste Gruppe gehört die Situation, daß der gravide Uterus einen chronischen Reiz während der letzten Monate der Schwangerschaft auf die Blinddarmgegend ausübt. Außerdem wird durch die Schwangerschaft die Gefäßversorgung im Becken verändert, die Gewebe werden brüchiger, weniger resistent. Der Processus vermiformis bildet einen Locus minoris resistentiae. Schließlich können aber auch Schwangerschaft und Geburt alte Entzündungsherde wieder zum Aufflackern bringen, und diese können dann den Ursprung zu einer erneuten Blinddarmentzündung abgeben. Sodann müssen die innigen Beziehungen in Betracht gezogen werden, die zwischen dem Appendix und den rechten Uterusadnexen bestehen. Es liegen hier Verbindungen sowohl durch Blut- wie Lymphbahnen vor. Außerdem kann der Appendix, bei einer niedrigeren Lage bei der Frau, sehr gut in direkte Verbindung mit den rechten Adnexen treten. Tritt jetzt eine sonst verhältnismäßig unbedeutende Entzündung der Genitalorgane im Wochenbett ein, so kann diese sehr gut auf den prädisponierten Appendix überspringen, besonders wenn derselbe etwa mit den entzündeten Adnexen verwachsen ist. Die Appendicitis kann aber auch durch eine Allgemeininfektion infolge des Wochenbettes hervorgerufen sein. Der Appendix ist ein Organ, welches außerordentlich reich an lymphoiden Elementen ist, die sehr leicht auf eine Blutinfektion reagieren. Der Uterus bildet natürlich den Ausgangspunkt, und auf dem Blutwege kann sich dann eine Entzündung des Blinddarmes entwickeln. Zumeist wird die Appendicitis im Wochenbett aber auf Fortpflanzung der Entzündung oder sonstigen lokalen Prozessen beruhen.

Die Diagnose kann oft sehr schwierig sein. Man denkt zumeist an eine puerperale Infektion, richtet dementsprechend die Behandlung ein und läßt dadurch oft den geeigneten Moment für eine Operation vorübergehen. Man kann drei Formen der Appendicitis im Wochenbette klinisch unterscheiden. 1) Die Appendicitis mit allgemeiner Peritonitis; 2) die mit lokalisierter Peritonitis und Eiterung und 3) die einfache Form ohne Perforation. Verf. schildert sodann des genaueren das Bild, unter dem diese drei Formen verlaufen. Was die Prognose der Appendicitis im Wochenbette betrifft, so ist dieselbe im allgemeinen nicht günstig. Die besten Aussichten sind noch nach einem operativen Eingriffe zu erwarten, der möglichst in den ersten Stunden nach dem ersten Anfalle stattfinden soll.

E. Runge (Berlin).

7) **Bylicki** (Lemberg). Über eine außergewöhnliche Quelle der puerperalen Infektion. Beitrag zur Entstehung kleinster rekto-vaginaler Fisteln.

(Lwowski tygodnik lekarski 1906. Nr. 8—10.)

Bei einer Primipara nach Zangengeburt fieberhaftes Wochenbett, vom 4. Tag an fäkulent riechende Lochien, hochgradiges Ödem der großen und kleinen Labien,

der ganze Introitus mattgrau belegt. Subjektives Wohlbefinden, Hungergefühl, Zunge nicht belegt, feucht. Trotz mehrerer Injektionen von Marmorek's Antistreptokokkenserum und ausgiebiger antiseptischer Lokalbehandlung Zustand unverändert, spricht für eine schwere lokale Infektion. Durch Zufall wird hinter dem Frenulum labiorum eine fast kapillare Fistel, welche eine Kommunikation zwischen Scheide und Mastdarm erzeugte, entdeckt und mit Lapis geätzt. Von diesem Augenblick an Schwinden der Beläge auf den Labien und der stinkenden Lochien.

Es handelte sich um eine lokale Infektion mit Kolibazillen vom Rektum aus, welche unter viel heftigeren Erscheinungen aufzutreten pflegt als die gewöhnliche Eiterkokkeninfektion.

Die Entstehung der Fistel erklärt Verf. auf diese Weise, daß beim Durchschneiden des Kindskopfes zuerst ein Riß der Mastdarmschleimhaut an der betreffenden Stelle, dann der Muskelschicht der Scheide, endlich der Vaginalschleimhaut zustande kam. **H. Ehrlich** (Przemyśl).

8) **A. Mayer** (Heidelberg). Zur klinischen Diagnose der Wochenbettsgonorrhöe.

(Med. Klinik 1906. Nr. 21.)

M. glaubt nicht, daß wir in den klinischen Symptomen zuverlässige Anhaltspunkte zur Differentialdiagnose haben zwischen Gonorrhöe und anderer Art der Infektion. Er kann solche Anhaltspunkte nur erblicken im eindeutigen bakteriologischen Befunde. Die schwere Störung des Allgemeinbefindens, der sichtliche Verfall, der elende Puls, kurz das ganze kritische Situationsbild führten bisweilen mit so fließenden Übergängen hinüber zur Erscheinungsform einer Staphylo- oder Streptokokkeninfektion, daß kein Unterschied konstruiert werden konnte. M. hält diesen Hinweis nicht für überflüssig, da trotz neuerer Erfahrungen gerade unter den Gynäkologen die Ansicht gar nicht selten ist, daß es sich bei schweren Allgemeinerscheinungen und hohem Fieber um Staphylo- oder Streptokokkenprozesse handle. **Zurhelle** (Bonn).

9) **Uthmöller** (Osnabrück). Über Kolostrum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 22.)

Unter Kolostrum versteht der Verf. jedes Brustdrüsensekret, welches die Kolostrumkörperchen enthält.

Bei 25% aller Nulliparen fand Verf. Kolostrum, ebenso bei vier Virgines von fünf untersuchten. Ein Unterschied im Kolostrum gravider und nicht gravider Frauen ist nicht zu konstatieren. Die Untersuchung auf Kolostrum hat nur dann eine praktische Bedeutung für die Diagnose, wenn sie negativ ausfällt, d. h. wenn sich kein Kolostrum ausdrücken läßt; dann kann eine Schwangerschaft mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

Bei der mikroskopischen Untersuchung konnte U. die Befunde, wie sie zuletzt Bab erhoben, bestätigen. **Keitler** (Wien).

10) **O. Füster** (Wien). Experimentelle Beiträge zur Frage des Vorkommens von Tuberkelbazillen in Kolostrum und Muttermilch.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 20.)

F. hat das Kolostrum bzw. die Milch von fünf Frauen mit positivem Tuberkelbazillenbefund, sowie von zwei weiteren Frauen mit klinischen Zeichen der Phthise auf Tuberkelbazillen untersucht. Das Sekret wurde 1 Stunde nach dem letzten Anlegen des Kindes entnommen. Von der Milch wurden jedesmal zwei Meerschweinchen geimpft. In keinem Falle trat Tod des Versuchstieres infolge tuberkulöser Infektion ein, doch waren in zwei Fällen Veränderungen in Lymphdrüsen zu konstatieren, welche nicht ganz eindeutig waren.

Es ist nach den obigen Untersuchungen wohl anzunehmen, daß durch die Milch von tuberkulösen Frauen vollvirulente Tuberkelbazillen dem Kinde nicht zugeführt werden dürften.

Der Standpunkt, welchen die Chrobak'sche Klinik in der Tuberkulosefrage einnimmt, ist folgender: Die grundsätzliche Unterbrechung der Schwangerschaft wird bei Tuberkulose der Mutter nicht geübt, wohl aber wird dieselbe in jenen Fällen beschlossen, in denen von ihr eine Besserung oder günstige Beeinflussung des mütterlichen Zustandes nach genauer Abwägung und Beurteilung sämtlicher objektiver und subjektiver Symptome erwartet werden kann. **Keitler** (Wien).

11) **N. Gheorghiu** (Bukarest). Die Behandlung der puerperalen Infektionen.

(Revista de chir. 1906. Juni.)

Der Verf. beschreibt die heute als die am rationellsten erscheinende Behandlung des Wochenbettfiebers, indem er sich hauptsächlich auf die Methoden von Budin und Draghiescu stützt. So oft man eine Frau mit Zeichen von puerperaler Infektion in Behandlung nehmen soll, ist es die erste Pflicht des Arztes eine genaue digitale Kontrolle des Gebärmutterinnern und seine minutiöse Inspektion des äußeren Genitales vorzunehmen. Findet man in der Uterushöhle Placentarreste, solche von den Eihäuten oder Blutgerinnsel, so sind dieselben digital zu entfernen, hierauf mit den Budin'schen Wischern (Écouvillons) das Cavum sorgfältig auszubürsten und mit einer reichlichen Menge antiseptischer Flüssigkeit zu berieseln. Eine solche Ausbürstung soll auch dann vorgenommen werden, wenn bei der digitalen Kontrolle das Innere der Uterushöhle vollkommen leer gefunden wurde, doch aber ein puerperales Fieber besteht. In den folgenden Tagen werden noch 1—2 intra-uterine Spülungen täglich vorgenommen, eine leichte nahrhafte Kost und tonische Medikation, bei sonstiger absoluter Ruhe verabreicht. Wird hierdurch der Krankheitsprozeß nicht gebessert, oder vielleicht auch verschlimmert, so macht man eine genaue Auskratzung der ganzen Uterushöhle mit nachfolgender antiseptischer Tamponade (am besten mit in Wasserstoffsuperoxyd getauchten, sterilen Gazestücken), und falls auch dann, in 2, höchstens 3 Tagen die Infektion nicht geschwunden ist, so werden intravenöse Collargolinjektionen und subkutane Einspritzungen von künstlichem Serum gemacht.

Die weitaus größte Mehrzahl der puerperalen Fälle kann auf diese Weise der Heilung zugeführt werden; meist ist die digitale Ausräumung mit nachfolgender Bürstung und Spülung genügend, und nur in den schweren Fällen muß zu den energischeren Maßregeln gegriffen werden. **E. Toff** (Braila).

12) **L. Moll** (Prag). Zur Technik der Bier'schen Hyperämie für die Behandlung der Mastitis nebst vorläufigen Bemerkungen über die Anwendung derselben zur Anregung der Milchsekretion.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 17.)

M. schlägt eine kleine Modifikation des Bier'schen Verfahrens vor: Zum Evakuieren der Saugglocke wird eine kleine Wasserstrahlluftpumpe benutzt, deren Anwendung aus der Zeichnung hervorgeht. Vorteil: Das kranke Organ steht unter gleichmäßigem und leichtem Zuge, so daß bei viel geringeren Schmerzen eine stärkere und längere Hyperämie erzeugt wird. Die Handhabung ist bequemer, die Kosten sind geringer. Die ersten Versuche (weitere folgen) wurden in der Weise ausgeführt, daß die Glocke 2—3mal täglich durch je 1 Stunde an die Drüse angesetzt wurde; die Erfolge waren zufriedenstellend. **Keitler** (Wien).

13) **M. Delestre.** Des soins à donner aux seins dans les débuts de l'allaitement.

(Revue prat. d'obstétr. et de paediatrie 1906. Mai.)

Die Komplikationen von seiten der Brüste erscheinen hauptsächlich während der ersten Wochen der Säugeperiode und sind zur Verhütung derselben mannigfache Verfahren für die Zeit vor und nach der Geburt angegeben worden. Was die ersteren anbelangt, so ist D. der Ansicht, daß das Ausziehen der Brustwarzen, das Waschen mit Alkohol oder Tanninlösungen u. a. entweder nichts nützen oder dadurch, daß sie die Elastizität der Haut herabsetzen, eher schaden. Das einzige

rationelle sind tägliche Waschungen mit warmem Wasser und mit Seife, wodurch die Brustwarzen in reinem Zustande erhalten werden.

Die Pflege nach der Geburt ist von viel größerer Wichtigkeit. Je nach dem Zustande der Mutter und der Unruhe des Kindes wird dasselbe 5—10 Stunden nach der Geburt an die Brust gelegt, doch nicht länger als 5 Minuten von jeder Brust säugen gelassen, da das Kolostrum nur spärlich fließt, und durch längeres Säugen sowohl das Kind ermüdet, als auch die Brustwarze zwecklosem Saugen ausgesetzt wird. Diese Prozedur wird während des ersten Tages nur alle 3 Stunden vorgenommen, am 2. Tage alle $2\frac{1}{2}$ Stunden, und erst am 3. Tage alle 2 Stunden. Ist die Milch bereits reichlich in den Brüsten vorhanden, so wird wieder alle $2\frac{1}{2}$ Stunden angelegt, doch $\frac{1}{4}$ Stunde säugen gelassen, und zwar abwechselnd von der einen und anderen Brust; nur falls die Milchmenge einer Brust nicht genügt, um das Kind zu sättigen, kann bei jedem Anlegen außer der erwähnten $\frac{1}{4}$ Stunde an der einen Brust, das Kind während 5 Minuten auch an der anderen angelegt werden. Zwischen 11 Uhr nachts und 6 Uhr früh wird in keinem Falle zu säugen gegeben; die Kinder gewöhnen sich an diese Regel und schreien nicht mehr. Alle diese Maßnahmen zielen darauf hin, den Brustwarzen nach jedem Säugen genügend Zeit zur Erholung zu lassen, da ein allzu langes Säugen zu Mazerierung der Epidermis und in weiterer Folge zu Schrunden- und Abszeßbildung führen kann.

Vor und nach dem Säugen soll die Brustwarze mit einer Alkohollösung (1 : 3 Wasser) gewaschen und hierauf mit einigen sterilen Gazestreifen und einem Stück Guttaperchapapier bedeckt und mit einem Tuch emporgebunden werden. Antiseptische Wässer und Salben sind entbehrlich.

Falls Rhagaden oder Lymphangitis auftreten soll das Säugen nicht ausgesetzt, sondern die Verbände, wie beschrieben fortgesetzt werden, höchstens kann beim Säugen zum Schutze der Warzen eine Schutzkappe benutzt werden. Die Entzündungen der Lymphwege werden mit heißen Kompressen am besten bekämpft.

E. Toff (Braila).

14) **Bolognesi.** Ein Fall von puerperaler Septikämie, erfolgreich mit Antistreptokokkenserum, aus dem Institut Pasteur, behandelt.

(Bull. génér. de thérap. 1906. März 30.)

28jähr. Ipara zeigt in ihrem Äußeren infantilen Typus. Über den Lungen finden sich vielfach Geräusche. Der Uterus ist normal groß, nicht infantil. Es besteht mäßiger Fluor. Das Becken erscheint normal. Die Menstruation ist ohne wesentliche Abnormitäten. Das Gewicht der Pat. beträgt 48 kg. Unter geeigneter Therapie nimmt das Gewicht zu, der Allgemeinzustand bessert sich und Pat. wird schwanger. Die Geburt setzt am richtigen Termin ein und kommt gut in Gang. Da jedoch die kindlichen Herztöne sich verschlechtern und die Kreißende sehr geschwächt ist, wird die Zange angelegt und ein lebendes Kind entwickelt. Am Tage nach der Geburt ein Schüttelfrost bei einer Temperatur von 37,8°, und in der Nacht etwas Fieber und Schmerzhaftigkeit des Abdomens. Am darauffolgenden Tage Erbrechen und 38,5° Temperatur. Am 4. Tage 39,5° und diphtherischer Belag der Vulva. Nach einer Uterusspülung mit Sublimat (1 : 4000) wird Chinin verabreicht und auch an den nächsten Tagen eine Uterusspülung vorgenommen. Trotzdem bleibt die Temperatur auf 40°, das Erbrechen besteht weiter, der Leib ist aufgetrieben, der Uterus groß und schmerzhaft, die Vulva diphtherisch belegt. Der Puls steigt jedoch nicht über 110 und bleibt gut. Das ganze Krankheitsbild ist das einer schweren puerperalen Streptokokkeninfektion. Als Ultimum refugium nimmt Verf. eine Injektion von 40 ccm Antistreptokokkenserum aus dem Pasteurschen Institut vor, und an den nächsten Tagen wiederum je zwei pro die. Die diphtherischen Beläge stoßen sich hierauf ab, am 3. Tage der Injektionen stellt sich eine starke Schweißsekretion ein, die Temperatur sinkt ab und bleibt dann auf der Norm. Die Rekonvaleszenz schreitet vor, und am 20. Tage post partum steht Pat. auf. Verf. glaubt den günstigen Ausgang des Falles nur dem Einfluß des Antistreptokokkenserums zuschieben zu müssen, das einen großen Fortschritt

in unserem Arzneischatz vorstellt. Das Serum scheint auch lokal zu wirken, indem es auf die pseudodiphtherischen Membranen an der Vulva wie ein Diphtherieserum wirkte. Zuerst hatte es zwar eine Verschlimmerung der Temperatur hervorgerufen, aber unter seinem Einfluß war die Septikämie zum Stillstand gekommen, und die Temperatur war dann rapid zur Norm abgesunken.

E. Runge (Berlin).

15) Schuhl (Nancy). Gangrän einer unteren Extremität im Wochenbett.

(Province méd. 1906. Mai 5.)

38jähr. VIIpara wird mit Eklampsie eingeliefert. Die Anamnese ergibt nichts Besonderes. Drei Anfälle sind vorangegangen. Pat. ist im tiefen Koma. In den nächsten Tagen bessert sich der Zustand. 7 Tage post partum klagt die Pat. plötzlich über lebhafte Schmerzen in beiden Unterschenkeln, besonders links. Nach einigen Stunden fühlt sich der linke Unterschenkel kalt an, er ist livid verfärbt und unempfindlich bis vier Querfinger unterhalb des Knies. Der Pulsschlag der Femoralis ist fühlbar. Auch am rechten Unterschenkel ist eine kleine Partie in der Gegend der großen Zehe blaß, aber nicht anästhetisch. Der Puls der Poplitea ist hier fühlbar. Am Herzen findet sich nichts Abnormes. Die Urinsekretion ist gering, der Harn enthält kein Saccharum. Das Sehvermögen ist herabgesetzt. In den nächsten Tagen bleibt der Zustand derselbe, am Herzen finden sich weiter keine Veränderungen. Der Urin zeigt 3‰ Eiweiß. Temperatur und Puls bleiben normal. Am nächsten Tage finden sich am linken Unterschenkel mehrere große Phlyktaenen, und an der linken Hinterbacke eine rotgefärbte, schmerzhafte Partie. In den folgenden Tagen treten weitere Phlyktaenen auf, die Temperatur schwankt um 38°. Die Urinverhältnisse bessern sich etwas. Am 17. Tage post partum stellen sich Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen und Nausea ein, die Temperatur steigt auf 38,8°. In den folgenden Stunden breiten sich die Schmerzen über das ganze Abdomen aus, es stellen sich blutige Stühle ein, die Kranke verfällt, und bald darauf tritt der Exitus letalis ein. Eine Sektion wurde nicht vorgenommen. Nur fand man die Femoralis thrombosiert und im Blute bakteriologische Bakterien, die den Strepto- und Staphylokokken glichen.

Die Gangrän war in diesem Falle durch Obliteration einer Arterie aufgetreten. Derartige Gangrän im Wochenbette kann aber auch durch Verlegung einer Vene oder einer Vene und einer Arterie sich einstellen. Die Obliteration einer Arterie kann entstehen durch eine primäre obliterierende Endarteriitis oder durch eine Embolie infolge einer Endokarditis. Da im vorliegenden Falle keinerlei Symptome von seiten des Herzens vorhanden waren, so ist höchstwahrscheinlich eine Endarteriitis die Ursache. Verf. bespricht sodann noch die Verhältnisse bei Gangrän nach Obliteration einer Vene und nach Verstopfung einer solchen und einer Arterie. Die Ätiologie einer Gefäßentzündung muß in einer Infektion gesucht werden, die in diesem Falle durch Strepto- und Staphylokokken hervorgerufen war. Die Erscheinungen, welche die Gangrän in dem vorliegenden Falle hervorgerufen hatte, waren die gewöhnlichen. Auffallend war nur die Darmblutung kurze Zeit vor dem Tode. Die Ursache hierfür dürfte in einem hämorrhagischen Infarkte des Darmes zu suchen sein, dessen Ätiologie in der puerperalen Infektion liegt. Die Prognose dieser Unterschenkelgangrän im Wochenbett ist eine wenig günstige. Heilung darf man sich fast nur von einer Amputation versprechen. Im vorliegenden Falle war dieselbe wegen der zu großen Ausdehnung der Gangrän nicht möglich.

E. Runge (Berlin).

Verschiedenes.

16) V. Frommer (Berlin). Neue Reaktion zum Nachweis von Azeton samt Bemerkungen über Azetonurie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 32.)

Verf. empfiehlt mit Emilewier eine für Azeton charakteristische und empfindliche neue Reaktion, welche darauf beruht, daß dem untersuchten Urin im

Reagenzglas 1 g Kaliumhydrat in Substanz zugesetzt wird und — ohne die Auflösung der letzteren abzuwarten — 10 Tropfen Salizylaldehyd beigegeben werden. Beim Vorhandensein von Azeton bildet sich am Boden an der Berührungsstelle der beiden Substanzen ein ausgesprochener purpurroter Ring. Beim längeren Stehen nimmt der Urin eine dunkelrote Farbe ein. Kein sonstiger Bestandteil des Harns, vor allem nicht die Acetessigsäure, gibt diese Reaktion, welche schon 0000001 g Azeton in 8 ccm nachweist.

Nach Besprechung der Azetonurie im allgemeinen, betrachtet F. die vermehrte Azetonurie als kein diagnostisch verwertbares Zeichen des intra-uterinen Fruchttodes, er beobachtete, daß nur sehr selten Azeton in der Schwangerschaft auftritt, dagegen fast regelmäßig in den beiden ersten Wochenbettstagen; am 3. Tage geht sie meistens zurück. Die Dauer und Intensität der Azetonurie ist proportional der Länge der Geburt. Bei Sturzgeburten findet man fast nie die Vermehrung des Azetons. (Autoreferat.)

17) **J. Veit** (Berlin). Erfahrungen mit der erweiterten Freund'schen Operation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

In der Vermeidung der Infektion durch die im Karzinom vorhandenen Keime, Verringerung der Gefahr durch die Narkose, Vermeidung der Infektion, besonders der Venen, sieht V. die Hauptpunkte, welche zu einer Verringerung der primären Mortalität bei der abdominalen Uterusexstirpation führen sollen. Die erstere sucht er durch Abschaben des Karzinoms am Abend vor der Operation und Bedeckung mit einem in 4%ige Formalinlösung getauchten Gazestreifen, Ausreiben der Scheide mit Alkohol und Sublimat unmittelbar vor der Operation zu erreichen. Die Drüsensuche nimmt er möglichst bei Beginn der Operation, jedenfalls vor Eröffnung der Scheide vor. Die in den Drüsen enthaltenen Keime will er durch Antisera bekämpfen. Das Merck-Minzer'sche Antistreptokokkenserum hat sich ihm als gut erwiesen. 10—20 ccm läßt er einige Stunden vor Beginn der Operation event. dieselbe oder doppelte Dosis nach derselben noch einmal geben. Wenn V. auch nicht glaubt, damit jede Wundinfektion prophylaktisch vermeiden zu können, so hofft er doch den Organismus der Krebskranken widerstandsfähiger gegen die etwa im Karzinom enthaltenen Keime zu machen. Als weiteres Mittel zur Vermeidung einer Infektion bei der Operation verwendet er den Alkohol, indem er nach Abschluß der Scheide von der Bauchhöhle durch die Naht die Nahtreihe und die ganze Umgebung der Wunde des Peritoneums mit Alkohol benetzt.

Zwecks Verminderung der Gefahr der Narkose befürwortet V. warm die medullare mittels Stovain (0,08). Aber in 5 von 18 Fällen mußte nachträglich Chloroform gegeben werden. Schließlich streift er kurz die Technik der Gefäßversorgung. An der Art derselben liegt nach ihm die Vermeidung der venösen Thrombosen. Er vermeidet die venöse Blutung durch Versorgung der zuführenden Arterien.

Bei Durchführung dieser Maßnahmen gelang es V. hintereinander 9, dann wieder 7 Operierte glatt zur Heilung zu bringen. Von seinen letzten 20 — darunter 2 Laparotomien wegen Rezidiv, eine Resektion eines Ureters wegen sekundärem Karzinom desselben, eine Operation wegen Cervixkarzinom bei gleichzeitiger Peritonitis infolge von Salpingo-Oophoritis mit Streptokokken in der Bauchhöhle — starben 2, eine am 4. Tag an Peritonitis, wie er annimmt, weil das Antiserum unwirksam war, die andere, weil zuwenig gegeben war. **Graefe** (Halle a. S.).

18) **O. Kaiserling** (Berlin). Über Nervosität im Anschluß an gynäkologische Operationen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 14.)

K. ist der Ansicht, daß Schädigungen des Nervensystems nach gynäkologischen Operationen ziemlich häufig sind. In der Poliklinik der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin beobachtete er in einem Jahre 29 Fälle. Bei den einen trat die Nervosität überhaupt erst nach der gynäkologischen Operation auf, bei den anderen verschlimmerte sich die bestehende. Beide Gruppen sind ungefähr

gleichstark. Eine neuropathische Belastung fand K. nur bei einer Minderzahl der Kranken angegeben. Die Art der Operation scheint für die Nervosität weniger maßgebend als die Gesamtkonstitution des Individuums.

Die Klagen und Beschwerden sind äußerst zahlreich. Meist tritt eine hochgradige Erregung hervor, begleitet von schlechtem Schlafe. Seltener ist Apathie. Häufig begegnet man neuralgiformen Schmerzen, Hemikranie, Herzpalpitationen. Herzschmerzen, Übelkeit und Obstipation, Parästhesien, Sausen und Klingen in den Ohren, Kongestionszuständen, Schweißausbrüchen. Objektiver Befund ist meist ein völlig negatiger. Doch beobachtete K. erhöhte Sehnenreflexe, Lidflackern bei Augenschluß, Pseudo-Romberg, Dermographie, einige Male hyperalgetische Zonen.

Für die Behandlung empfiehlt Verf. die Hydrotherapie. Er gibt detaillierte Vorschriften, welche im Original eingesehen werden müssen, betont aber auch die Wichtigkeit einer psychischen Behandlung und diätetischer Vorschriften.

K. äußert schließlich die Ansicht, daß sich die Ausbildung einer Nervosität im Gefolge gynäkologischer Operationen in einer Reihe von Fällen vermeiden lasse, indem man die Kranken zunächst lokal behandelt, ihr Nervensystem während dieser Zeit kräftigt, so daß es den späteren operativen Eingriff besser verträgt, und nach demselben die Pat., wenn nötig, frühzeitig einer hydrotherapeutischen Behandlung unterwirft. **Graefe** (Halle a. S.).

19) **Marie Kjölseth.** Untersuchungen über Defloration.

(Norsk mag. for laegevid. 1905. p. 61.)

Verf. berichtet über den Zustand des Hymens bei 162 Weibern, von denen man bei 89 wußte, daß sie defloriert waren, während von den 73 nichts Sicheres bekannt war. — Verf. fand, daß man in vielen Fällen schon aus dem Aussehen, der Lokalisation und Tiefe der Einrisse die erfolgte Defloration diagnostizieren konnte; in anderen Fällen fanden sich keine oder nur unbedeutende Einschnitte am Hymenalrand, trotzdem die Weiber defloriert waren. Bei sämtlichen Deflorierten fand aber Verf., daß das Hymen als ein obturierendes Diaphragma zwischen Vulva und Vagina destruiert war, während es bei den Jungfrauen eine deutliche Membran bildete, deren Öffnung bedeutend enger als die Scheide war. — In einigen Fällen war die Entscheidung, ob Virgo oder nicht, unmöglich. Auch sei es wahrscheinlich, daß die Verhältnisse verschiedene seien, je nachdem man bald nach der Defloration untersucht oder erst später. **K. Brandt** (Christiania).

20) **O. Semb.** Über die Diagnose des Cancer uteri.

(Tidsskrift for den norske lageforening 1905. p. 107.)

Als Waffe im Kampfe gegen den Gebärmutterkrebs gibt Verf. eine auf den praktischen Arzt berechnete Darstellung der Verhältnisse und diagnostischen Merkmale dieser Krankheit. **K. Brandt** (Christiania).

21) **R. H. Bell** (London). Auftreten von thyreoidähnlicher Struktur in Eierstockscysten.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1905. August.)

Die Fälle boten nichts Bemerkenswertes. Sie wurden als gewöhnliche Eierstockcysten diagnostiziert und operiert. Bei der Untersuchung fand sich Gewebe, welches vollständig die Struktur des Gewebes der Schilddrüse hatte. Ein weitmaschiges Gerüst, in dessen Räumen sich eine kolloide Masse fand. Das Gerüst ist begrenzt durch flaches kubisches Epithel.

In dem einen Falle bestand Anschwellung der Schilddrüse, in den anderen war dieselbe normal.

Ähnliche Fälle sind selten. **Engelmann** (Kreuznach).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 46. Sonnabend, den 17. November. 1906.

Inhalt.

Beitrag zur Frage der Fremdkörper in der Bauchhöhle und über das Verhalten des Bauchfelles den Fremdkörpern gegenüber.

Von

Prof. **W. S. Gruzdew** in Kazan.

Wer bei schweren Laparotomien als Mitwirkender bei der Operation oder als Zuschauer zu tun hatte, der kann es verstehen, wie leicht man bei einer Operation in der Bauchhöhle irgendein Instrument, Tampon usw. vergessen kann. In der medizinischen Literatur kann man zahlreiche Beschreibungen von solchen Fällen finden, und die Gerichtschronik weist eine ganze Reihe von sensationellen Prozessen gegen Chirurgen und Gynäkologen auf, welche die Ursache der in Rede stehenden unglücklichen Vorfälle gewesen sind. Im Jahre 1900 hat Neugebauer (1) aus der Literatur 108 Fälle von zurückgelassenen Fremdkörpern in der Bauchhöhle gesammelt und im Jahre 1904 zu diesen noch weitere 87 hinzufügen können (2). Zweifellos sind durch diese Zahlen die Gesamtzahlen dieser Fälle bei weitem nicht erschöpft:

Ein bedeutender Teil der Fälle bleibt unbeachtet oder, wenn sie auf dem Sektions- oder Operationstische zum Vorscheine kommen, werden sie aus durchaus begreiflichen Gründen nicht veröffentlicht. Die Tatsache des Liegenlassens eines Instruments oder Tampons in der Bauchhöhle ist somit an und für sich nichts ungewöhnliches, und wenn ich mir den nachstehenden Fall zu beschreiben erlaube, so geschieht es nur aus dem Grunde, weil er meiner Meinung nach in vielen anderen Beziehungen bedeutendes Interesse darbietet.

P. K., 58 Jahre alt, Bäuerin, wurde in die mir unterstellte Geburtshilflich-Gynäkologische Klinik der Kazaner Universität am 16. September 1905 aufgenommen. Die Pat. klagte über Schmerzen im Abdomen, welche ihr durch einen Fremdkörper verursacht wurden, der durch die Bauchwände hervorragte. Durch Befragen wurde festgestellt, daß die Pat. seit 16 Jahren keine Menses mehr hat, während sie sie früher regelmäßig gehabt hatte. Im 17. Lebensjahre heiratete die Pat., war siebenmal schwanger, wobei sämtliche Schwangerschaften normal verlaufen sind; zum letzten Male hat die Pat. im 42. Lebensjahre geboren. Vor ca. 7 Jahren wurde die Pat. durch die Bauchdecken wegen einer umfangreichen Ovarialcyste operiert; die Operation wurde damals von einem sehr erfahrenen Gynäkologen in günstiger Umgebung unter Assistenz gut geschulter Gehilfen ausgeführt. Das postoperative Stadium war anscheinend normal verlaufen. Nach der Operation fühlte sich die Pat. ca. 1 Jahr lang ganz gesund, dann stellten sich bei ihr Schmerzen im Abdomen ein, die sich allmählich steigerten und sich in der letzten Zeit hauptsächlich an einer bestimmten Stelle der vorderen Bauchwand konzentriert haben. Vor 3 Monaten zeigte sich an dieser Stelle die Spitze eines spitzen Gegenstandes, was die Pat. veranlaßte, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen.

Status praesens: Die Pat. ist eine hochgradig abgemagerte Greisin, jedoch mit gesunden Lungen und gesundem Herzen. Bei der Besichtigung des Abdomens, an dem Erscheinungen von Hängebauch leichten Grades wahrzunehmen sind, entdeckt man die von der Laparotomie zurückgebliebene Narbe, welche sich vom Nabel bis zur Symphyse erstreckt, und rechts von der Narbe, ca. vier Finger breit oberhalb des Nabels das zirka 2 cm hervorragende Ende eines Metallinstrumentes, in dem man eine Klemme oder eine Arterienpinzette erkennen konnte. Faßte man das Ende des Instrumentes mit dem Finger, so konnte man sich überzeugen, daß dasselbe ziemlich fest sitzt. Aus dem Wundkanal ließ sich eine geringe Quantität eiterartiger Flüssigkeit herauspressen. Die Palpation des Abdomens ergab, daß dasselbe um das Instrument herum in ziemlich großer Ausdehnung bei Druck schmerzhaft und sich bei Berührung ziemlich derb anfühlt; die Perkussion ergab an diesen Stellen einen etwas gedämpften, tympanitischen Schall. An den übrigen Stellen des Abdomens waren die Hautdecken außerordentlich schlaff, die Palpation durchaus schmerzlos, während die Perkussion überall klaren tympanitischen Schall ergab. Bei der Untersuchung per vaginam konnte man im hinteren Douglas'schen Raume den Griff des Instrumentes deutlich fühlen; derselbe war etwas beweglich und zeigte in seiner Umgebung keine Infiltrate; das hintere Gewölbe war bei der Palpation durchaus schmerzlos. Wenn man die ungefähre Entfernung zwischen dem Boden des hinteren Douglas'schen Raumes, wo sich der Griff des Instrumentes befand, und der Wunde der Bauchdecken, aus der die scharfe Spitze des Instrumentes herausragte, in Betracht zog, konnte man annehmen, daß das ganze Instrument mindestens 20 cm lang war.



Ich muß noch hinzufügen, daß die Temperatur bei der Pat. vor der Operation zwischen 35,7 und 37,6, der Puls zwischen 59—88 Schläge in der Minute betrug; die Pat. urinierte regelmäßig, hatte auch regelmäßigen Stuhl, nur bestand eine gewisse Neigung zur Obstipation.

Nachdem ich mir klar gemacht hatte, was für ein Instrument in der Bauchhöhle der Pat. liegt, wie es liegt, und in welcher Beziehung es sich zu den Bauchorganen befindet, beschloß ich, dasselbe per colpotomiam posteriorem zu entfernen, welche Operation ich nach der üblichen Vorbereitung der Pat. am 26. September 1905 unter Chloroformnarkose ausgeführt habe. Ich ließ einem meiner Gehilfen den Griff des Instrumentes mittels des in den Mastdarm eingeführten Fingers festhalten, eröffnete den hinteren Douglas'schen Raum, gerade an der Stelle, wo man den Griff fühlte, faßte diesen letzteren und zog vorsichtig das ganze Instrument durch die Wunde heraus. Nachdem ich nun den dem Auge zugängigen Teil der Bauchhöhle einer Besichtigung unterzogen hatte, überzeugte ich mich, daß das Peritoneum des hinteren Douglas'schen Raumes und der benachbarten Darmschlingen vollständig normal war: Verwachsungen, Kommissuren usw. waren nicht vorhanden. Der hintere Douglas'sche Raum wurde mittels steriler Gaze tamponiert und in den Wundkanal, der an der vorderen Bauchwand mündete, ein schmaler Jodoformgazestreifen eingeführt; ich konnte mich dabei überzeugen, daß der Kanal in der nächsten Nachbarschaft der äußeren Öffnung Erweiterungen und Seitengänge darstellt, während er weiter in die Tiefe in Form eines einzelnen, schmalen Ganges mit ziemlich glatten Wänden verläuft.

Das postoperative Stadium verlief fieberlos. Die Wunden der Vagina und des Peritoneums verheilten zu üblicher Zeit. Etwas länger dauerte die Heilung des Ganges, der sich auf der vorderen Oberfläche des Abdomens öffnete, aber schließlich verheilte auch dieser, und am 12. Oktober verließ die Pat. die Klinik als vollständig gesund.

Das hervorgezogene Instrument war nichts anderes als eine Terrier'sche Klemme in geschlossenem Zustande. Die Länge betrug 22 cm, die Breite des Griffes 7 cm. Der spitze Teil der Klemme, welcher die Bauchwand durchbohrt hatte, war vollständig frei von irgendwelchen Ablagerungen, während der übrige Teil fast vollständig von einer dem Instrument anhaftenden Membran bedeckt war. Letztere war 1—1,5 mm dick, und war sowohl an der Oberfläche, wie auch auf dem Querschnitte sehnig — von weißer Farbe und sehr fest.

Die mikroskopische Untersuchung der Membran ergab, daß dieselbe aus geschichtetem, sklerosiertem Bindegewebe bestand, zwischen dessen Bündeln hier und da Pigmentansammlungen (augenscheinlich Eisenoxyde) zerstreut lagen. Zellelemente waren in den inneren Schichten der Membran nicht zu sehen; nur an der Oberfläche sah man ab und zu zwischen den Bündeln von faserigem Gewebe Zellen mit abgeplattetem, länglichem Kern; schließlich war die oberflächliche Schicht selbst relativ zellreich, wobei zwischen diesen letzteren am meisten längliche Zellen mit ziemlich großem, ovalem Kern zu sehen waren, welche sich mit Hämatoxylin mangelhaft färbten; die Zahl der runden, polynukleären Zellen war geringer, und in einzelnen Exemplaren fanden sich gigante Zellen. Viele Zellen dieser Schicht waren mit dem obenerwähnten Pigment überfüllt. Stellenweise verliefen in dieser Schicht kleinkalibrige Gefäße, jedoch in sehr geringer Anzahl. Von einer epithelialen oder endothelialen Deckschicht war auf der Membran nichts zu sehen.

Wie ich oben bereits hervorgehoben habe, bietet dieser Fall in vieler Hinsicht Interesse. Vor allem verdient die bedeutende Dimension des in der Bauchhöhle vergessenen Instrumentes Beachtung. In der Literatur werden nicht viele ähnliche Fälle zu finden sein. Aus den obenerwähnten Zusammenstellungen von Neugebauer geht hervor, daß gewöhnlich bei Laparotomien in der Bauchhöhle Tampons und Gazestückchen überhaupt (fast in 50% sämtlicher Fälle), Schwämme

(in 30%) und von Instrumenten Arterienpinzetten (in 15%) vergessen wurden. Aus den von Neugebauer gesammelten Fällen würden nur drei meinem Falle gegenübergestellt werden können: in dem ersten Falle (Nr. 87 der 1. Serie) wurde von einem unbekannt gebliebenen Chirurgen in der Bauchhöhle eine Richelot'sche Klemme vergessen; im zweiten Falle (Nr. 67 der 2. Serie) vergaß wiederum ein unbekannt gebliebener Chirurg eine Klemme nebst einem Stückchen Gaze; im dritten Falle (Nr. 85 der 2. Serie) handelte es sich um eine in der Bauchhöhle von Nussbaum zurückgelassene Schere. In bezug auf die beiden ersten Fälle teilt der Autor besondere Details nicht mit; was den dritten Fall betrifft, so fühlte sich die Pat. einige Monate nach der Operation vollständig wohl, und dann erst begann sie über Schmerzen in der Nabelgegend zu klagen, die zum erstenmal beim Tanzen aufgetreten sind; das Instrument wurde operativ entfernt, worauf vollständige Genesung eintrat.

Ferner ist der von mir beschriebene Fall noch in der Beziehung von Interesse, als er zeigt, wie wenig der Chirurg in einzelnen Fällen vor dem Malheur des Liegenlassens eines Instrumentes oder eines ähnlichen Gegenstandes in der Bauchhöhle durch die üblichen Vorsichtsmaßregeln gegen diese Eventualität geschützt ist. Die Gefahr eines solchen Vorkommnisses ist bei Laparotomien so groß und mit so ernsten Folgen sowohl für den Kranken, wie auch für den Operateur selbst verknüpft, daß die Chirurgen und Gynäkologen seit jeher bestrebt sind, geeignete Maßnahmen zur Verhütung dieser Komplikation ausfindig zu machen. In der medizinischen Literatur gibt es Arbeiten, die sich speziell mit dieser Frage beschäftigen (3). Von dem üblichen sorgfältigen Zählen der Tampons und der Arterienpinzetten, die bei Laparotomien verwendet werden, abgesehen, haben verschiedene Autoren in der neueren Zeit verschiedene Vorrichtungen zu diesem Zwecke beschrieben. Houzel (4) hat beispielsweise besondere Klemmen zum Festhalten der in die Bauchhöhle eingeführten Tampons konstruiert. Kelly (5) hat besondere Ständer zum Anbringen von Tampons, Pinzetten und anderen Gegenständen ersonnen, die so konstruiert sind, daß der Operateur durch einen Blick auf den Ständer sofort feststellen kann, wie viele Gegenstände ihm fehlen. Alle diese Vorrichtungen bezwecken, den Chirurgen vor zufälligem Liegenlassen von relativ kleineren Gegenständen in der Bauchhöhle zu schützen, die bei der Operation in bedeutender Anzahl in die Bauchhöhle eingeführt werden. Hierher gehören eben Tampons und Arterienpinzetten. Die Gefahr, in der Bauchhöhle ein Instrument von großem Umfange zu vergessen, erscheint so ungeheuer und unglaublich, daß man dieselbe gewöhnlich gar nicht in Betracht zieht, und doch beweist der vorstehende Fall, daß ein derartiges Vorkommnis durchaus möglich ist.

Indem ich von den Maßnahmen spreche, welche gegen zufälliges Liegenlassen von Gegenständen in der Bauchhöhle, die in dieselbe bei der Operation eingeführt werden, angewendet werden, kann ich nicht umhin, diejenige Maßnahme zu erwähnen, welcher ich mich in meiner Praxis be-

diene. Ich habe es als Regel akzeptiert, jede Laparotomie durch mehrfache sorgfältige Ausspülung der Bauchhöhle mit sterilem künstlichen Serum, d. h. mit einer Lösung von Mineralsalzen, die im Menschenblute enthalten sind, abzuschließen. Diese Maßnahme, welche ich bis jetzt fast in 400 Fällen von Laparotomie angewendet habe (6), verfolgt hauptsächlich andere Zwecke; es wird aber bei dieser Gelegenheit auch der Zweck erreicht, von dem hier die Rede ist. Indem er bei dieser Ausspülung sämtliche Abschnitte der Bauchhöhle durch die Hände passieren läßt, hat der Operateur reichlich Gelegenheit, auf ein etwa zufällig zurückgelassenes Instrument, Tupfer usw. zu stoßen. Ein derartiger Fall ereignete sich auch einmal in meiner Praxis.

Indem ich nun zur Beurteilung des Falles, der dem gegenwärtigen Aufsatze zugrunde liegt, zurückkehre, möchte ich noch auf die Eigentümlichkeit hinweisen, daß ein 22 cm langes Instrument 7 Jahre lang in der Bauchhöhle verblieben ist, ohne lebensgefährliche Verletzungen der inneren Organe bewirkt zu haben. In dieser Beziehung hat der von mir beschriebene Fall in der Literatur kein Analogon. Wenn man die von Neugebauer gesammelten Fälle von zufälliger Zurücklassung von Metallinstrumenten, hauptsächlich von Arterienklemmen, in der Bauchhöhle einer näheren Betrachtung unterzieht, so findet man, daß diese Instrumente entweder selbst abgingen, oder nach Verlauf von weit geringeren Fristen entfernt wurden. Speziell bei sechs Pat. (Nr. 10, 19, 54, 67, 75 und 100 der 1. Serie), die bald nach der Operation an Sepsis zugrunde gegangen sind, wurden die Pinzetten bei der Sektion gefunden; desgleichen fand man eine vergessene Pinzette im Falle 26 der 2. Serie, wo die Pat. gleichfalls bald nach der Operation starb, jedoch augenscheinlich infolge von Strychninvergiftung. In vier Fällen (Nr. 45, 46, und 48 der 1. Serie und Nr. 16 der 2. Serie) haben die Instrumente den Darm durchbohrt, und sind von selbst durch den After abgegangen, und zwar bei der einen Pat. 4 Jahre, bei zweien 10 Monate und bei einer 9 Monate nach der Operation; in einem Falle (Nr. 62 der 1. Serie) drang die vergessene Pinzette in die Harnblase; in drei Fällen (Nr. 65 und 68 der 1. Serie und Nr. 28 der 2. Serie) sind die Pinzetten durch Bauchwandabszesse abgegangen, und zwar in dem einen Falle 8 Monate, in einem weiteren Falle 6 Monate nach der Operation (im letzteren Falle ging nur die eine Hälfte der Pinzette ab, während die zweite Hälfte in der Bauchhöhle verblieb); in einem Falle (Nr. 21 der 2. Serie) wurde die vergessene Pinzette durch eine Drainöffnung hervorgezogen; in einem Falle (Nr. 41 der 1. Serie) wurde der Operateur noch vor Vernähung der Bauchwunde gewahr, daß ihm eine Pinzette fehle und konnte dieselbe noch rechtzeitig entfernen. In drei Fällen (Nr. 3 und 16 der 1. Serie und Nr. 59 der 2. Serie) wurde das Fehlen der Instrumente sofort nach der Operation bemerkt; die Bauchwunde wurde unverzüglich wieder geöffnet und das Vergessene herausgeholt; schließlich wurden bei sechs Kranken die vergessenen Instrumente durch einen Schnitt der Bauchwände herausgeholt, und zwar im Falle 34

der 1. Serie $1\frac{1}{2}$ Jahr, im Falle 38 derselben Serie einige Monate (hier haben die Spitzen der beiden vergessenen Pinzetten die Wandungen der linken A. iliaca durchbohrt, und die Pat. ging bei der zweiten Operation an Verblutung zugrunde), im Falle 40 der 1. Serie 2 Jahre (hier drang die vergessene Pinzette in den Blinddarm), im Falle 91 der 1. Serie $3\frac{1}{2}$ Monate (hier durchbohrte die Pinzette einerseits die Darmwand, andererseits erzeugte sie einen Abszeß in der Bauchwand nebst Bildung einer Kotfistel), im Falle 71 der 2. Serie 7 Monate (die Pinzette drang hier in den Darm) und im Falle 85 derselben Serie einige Monate nach der Operation.

Bemerkenswert ist in meinem Falle noch das Verhalten des Peritoneums zum vergessenen Instrumente. Das Peritoneum hat, wie es in solchen Fällen gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, auf das Vorhandensein eines Fremdkörpers in der Bauchhöhle mit inkapsulierender Entzündung reagiert. Die Kapsel hat sich aber um den einen Teil des Instrumentes, der im hinteren Douglas'schen Raume lag, auf der Oberfläche des letzteren gebildet, während um den anderen Teil des Instrumentes, der die Bauchwand durchbohrt hatte, die Kapselbildung auf der Oberfläche der um das Instrument herum verklebten Darmschlinge vor sich gegangen war; beide Abschnitte der Kapsel gingen augenscheinlich ineinander über, so daß das Instrument während der Operation gewissermaßen extraperitoneal lag. Wodurch der bezeichnete Unterschied bedingt war, läßt sich schwer sagen; wahrscheinlich muß man die Ursache dieser Erscheinung in dem verschiedenen Grade der Aseptik der beiden Teile des Instruments erblicken.

Schließlich ist auch der von mir zur Extraktion des Instrumentes gewählte Weg nicht ohne Interesse. Davon konnte natürlich nicht die Rede sein, daß man warten sollte, bis der bei der Pat. begonnene spontane Abgang des Instrumentes beendet wäre. Das Instrument durch die in den Bauchdecken entstandene Fistel herauszuziehen, war gleichfalls unmöglich, weil das breite Ende des Instrumentes noch in der Bauchhöhle lag. Es blieb also nur übrig, zwischen Laparotomie und Kolpotomie zu wählen. Erstere wäre mit einem bedeutenden Trauma verknüpft gewesen, und man hätte dabei eine Infektion der Bauchhöhle befürchten müssen, infolgedessen zog ich die Kolpotomie vor. Allerdings ist auch hier die Gefahr einer Verschleppung von Infektionsstoff nach den unteren Abschnitten der Bauchhöhle vorhanden, da das infizierte Ende des Instrumentes bei der Extraktion dieselben passieren muß; wenn ich aber doch die Kolpotomie erwählt habe, so dachte ich eben daran, daß man von zwei Übeln das geringere wählen müsse. Der Ausgang des Falles hat, wie mir scheint, gezeigt, daß ich recht hatte.

Literatur.

1) Neugebauer, Zufällige Zurücklassung eines sub operationem benutzten Fremdkörpers (Arterienklemme, Schwamm, Tupfer usw.) in der Bauchhöhle. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XI. p. 821. 933.

2) Derselbe, 87 neue Beobachtungen von zufälliger Zurücklassung eines sub operationem benutzten Fremdkörpers in der Bauchhöhle samt einigen anderen unvorhergesehenen Zufällen intra operationem. Zentralblatt für Gynäkologie 1904. Nr. 3.

3) Kelly, What precautions shall we take to avoid leaving foreign bodies in the abdomen after operations. New York medical journal 1904. Nr. 24.

4) Houzel, Pince spéciale à mainteur les compresses abdominales dans la laparotomie. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales, 1902. p. 495; cf. auch Klien, Zentralblatt für Gynäkologie 1898. p. 480.

5) Kelly, op. c.

6) Mein Aufsatz zur Technik der abdominalen Laparotomien. Med. Woche 1904. Nr. 28—30.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenanstalten.

1) Gynäkologische Gesellschaft in Breslau.

Sitzung vom 22. Mai 1906.

Vorsitzender: Küstner; Schriftführer: Asch.

I. Herr Maiss berichtet 1) über einen Fall von Verblutungstod bei frischgeplatzter Tubengravidität (III. Mensis), in dem sich eine große, abgekapselte Hämatokele vorfand, die wohl 6 Wochen vorher entstanden war. Hierauf begründet M. seine Ansicht, daß man auch bei ausgebildeter Hämatokele zu aktivem Vorgehen (Laparotomie) berechtigt sei.

2) M. demonstriert einen mannsfaustgroßen, interstitiellen Fruchtsack, aus dem Uterus exzidiert; beide Adnexe normal und belassen. Vor 10 Jahren soll schon einmal »Steinkind« entfernt worden sein.

3) Linksseitige Tubenmole.

4) Linke Adnexe mit peritubarer Pyokele bei Gonorrhöe. M. hält solche Pyokelen für sekundär infizierte und vereiterte Hämatokelen.

5) Doppelseitige, solide, papilläre Ovarialtumoren: 16 Monate vorher war Laparotomie gemacht und wegen zahlreicher Knötchen am Peritoneum die Tumoren als inoperabel belassen worden. 4 Wochen vorher 13 l Ascites durch Punktion entleert; jetzt 17 l; darauf Laparotomie und Entfernung der Tumoren, da keine Metastasen mehr zu finden.

6) Übermannskopfgroßes Pseudomucinkystom mit kindskopfgroßer Parovarialcyste.

7) Gänseeigroßes Ovarialfibrom mit walnußgroßem, subserösem Tumor der Uterusvorderwand, aus zellarmem derben Bindegewebe bestehend.

Diskussion. Asch: Hämatokelenbildung ist allerdings kein sicheres Zeichen für den eingetretenen Fruchttod. Eher schon der Abgang einer Pseudodecidua. Fritsch hat ein zuverlässiges Zeichen darin gefunden, daß sich das vorher nachweisbare Kollostrum in Milch umwandelt. Bei genauer Beobachtung ist ein abwartendes Verhalten doch berechtigt.

Nach einer von mir in extremis operierten interstitiellen Schwangerschaft mit Exzision des Fruchtsackes aus der Uteruswand trat nach einmaliger Menstruation intra-uterine Gravidität mit normalem Verlauf ein. Die junge Narbe hat trotz der keilförmigen tiefen Exzision gut gehalten.

E. Fraenkel verteidigt das exspektative Verhalten bei Hämatokele; Leben oder Tod des Fötus ist nicht entscheidend für Exspektative oder Operation. Nur Wachstum des Tumors, Fieber oder Verjauchung, verzögerte Resorption in Rücksicht auf die sozialen Verhältnisse drängen ihn zum operieren.

Küstner: Ich kann auf Grund meiner Erfahrung bestätigen, daß die Bildung einer Hämatokele nicht gleichbedeutend mit dem Tode der Frucht zu sein braucht. In einer Anzahl von Laparotomien bei Extra-uterin-Schwangerschaft habe ich lebensfrische Föten, natürlich handelte es sich immer nur um solche in frühen

Monaten, mit dem Hämatokelenblute aus dem Abdomen ausgeschöpft. Das würde kaum verständlich sein, wenn wir glauben würden, daß der »tubare Abort«, welcher der Hämatokelenbildung vorausgeht, eine völlige Loslösung des Eies von seiner tubaren Haftfläche bedeute. Verständlich aber werden solche Befunde, wenn wir bedenken, daß die Hämatokelenbildung nur Folge von innerem Fruchtkapselaufbruch ist. Bleibt dabei ein genügend großer Teil von Placentagewebe mit Tubenwand in Verbindung, so kann der aus dem abdominalen Tubenende in die Hämatokele ausgetretene Fötus am Leben bleiben.

Rosenstein weist auf einen Doppeltumor hin, den er vor einiger Zeit zu operieren Gelegenheit hatte. 34jährige Frau, III para, zuletzt vor 1 Jahre, stillte das Jahr und wurde in dieser Zeit wieder gravid. Ich konstatierte eine 2monatige Gravidität mit einem prall elastischen faustgroßen Tumor vor dem Uterus und einen kartoffelgroßen festeren Tumor hinter dem Uterus, der sich aus dem Douglas herausheben ließ. Meine Annahme, daß es sich um einen beiderseitigen Tumor handelt, war falsch. Die rechte Seite war ganz normal, und die beiden Tumoren gehörten der linken an. Der Douglastumor war ein Dermoid mit Knochen- und Korpelgewebe und Haaren; der vor dem Uterus liegende eine Parovarialcyste mit etwas verdickter Wandung und warzigen Verdickungen an der Innenfläche des Tumors, die bei Parovarialcysten nicht selten angetroffen werden. Die Schwangerschaft der Frau verlief ungestört weiter.

Küstner fragt, weshalb für die eine Cyste des demonstrierten polycystischen Tumors nicht ovarieller, sondern parovarieller Ursprung angenommen wird. Aus der Beschreibung und der Betrachtung des (gehärteten) Präparates ist die Begründung dieser Annahme nicht ohne weiteres ersichtlich.

Maiss (Schlußwort): Man erkannte den verschieblichen Peritonealüberzug.

II. Herr Asch: Über Urethralprolaps.

Verhältnismäßig häufig sieht man, abgesehen von Fällen bei sonstigen Prolapsen, Harnröhrenvorfälle bei Greisinnen oder frische Fälle bei Kindern. Ich zeige Ihnen hier einen von mir beobachteten und operierten ringförmigen Prolaps der Urethralschleimhaut bei einem 18jährigen Fräulein, der seit dem 11. Lebensjahre bestand. Damals akut, wahrscheinlich nach einem Stoß seitens einer Gespielin entstanden, wurde er 7 Jahre lang als »Entzündung« behandelt. Es finden sich papilläre Exkreszenzen mit entzündlichen Spitzen; im übrigen stellt er einen blassen flachen Ring dar, der nach vorheriger Anlegung feiner Suturen abgetragen wurde. Naht der ringförmigen, stark blutenden Wunde; Heilung p. pr. ohne Dauerkatheter und ohne Störung bei der Harnentleerung.

Diskussion: Courant sah und entfernte einen walnußgroßen, z. T. nekrotischen Harnröhrenprolaps, den ein Kollege vergeblich als Polypen hatte abdrehen wollen; seine Diagnose gelang erst in Narkose.

III. Herr Asch und Herr Winkler (a. G.): Über Beckeneiterung extragenitalen Ursprunges.

Asch: Eine 24jährige, seit 3 Monaten verheiratete Frau glaubt sich seit Anfang Februar schwanger; letzte Menses Ende Januar. Vor 6 Jahren angeblich Blinddarmentzündung, Anfang des Jahres 6 Wochen lang heiser, vor 4 Wochen Durchfall und Erbrechen; seit 3 Wochen bettlägerig wegen großer Schwäche, ohne Schmerzen, ohne Zuziehung eines Arztes bis zum 14. dieses Monats. An diesem Nachmittage wurde sie auf Anordnung des zum ersten Male geholten Arztes ins Krankenhaus gebracht, wo sie in tiefem Kollaps ankam. Sie ist in gutem Ernährungszustande, fett, Puls kaum fühlbar, Temperatur nicht erhöht. Nach Analepticis Puls 96 per Minute, klein. Geringe Blutung aus dem Uterus; keine Gonokokken im Sekret, keine klinischen Zeichen von Infektion an den Genitalien. Der kleine Uterus vollkommen retrovertiert, virginelle Portio hinter der Symphyse; unbestimmte Resistenz, weder Adnexe noch Korpus genau auszusondern. Vorderfläche des Uterus nicht abzutasten, Därme aufgetrieben, keine Dämpfung, keine Flüssigkeit. Es konnte sich um eine geplatzte ektopische Schwangerschaft handeln, eher auch um eine geplatzte Pyosalpinx; ich vermutete Perforationsperitonitis und

laparotomierte noch am Abend zwecks Rettungsversuches durch Drainage. Die stark geblähte Flexur zog in großem Bogen quer über das Becken; alte flächenhafte weißliche Adhäsionen zogen nach dem Becken, der Bauchwand und der Blase. Blase fest adhärent bis zum Fundus, der tief im Becken, fest am Rektum eingebettet lag. Nirgends Zeichen frischer Entzündung. Hinter dem Fundus kam man erst in schwartige, graugelbliche, z. T. schmierige Massen mit kleinen Herden stinkenden dicken Eiters. Hier war nach dem Aussehen und frischerer Entzündungserscheinungen der Sitz der Perforation zu suchen. Tuben und Ovarien einbezogen, ohne Zeichen primärer Erkrankung, abweichend von dem gewohnten Bild aszendierender Prozesse. Eher noch erinnerten die den früheren Douglas ausfüllenden Massen an die Befunde nach kriminellem Aborte mit infizierender Verletzung. Die alten Adhäsionen blieben auch dabei unerklärt. Auch neben dem harten, dicken Rektalrohr dasselbe nach hinten umgreifend, dick infiltrierte Schwarten, die an ein Ausgehen vom Kreuzbein, wie ich es bei tuberkulösen Prozessen gesehen habe, denken ließen. Der Wurmfortsatz erwies sich als völlig frei. Ein weiteres Vordringen schien nicht ratsam; da aber von hier die dem Peritoneum drohende Gefahr auszugehen schien, drainierte ich nach dem unteren Bauchwandschnitt und schloß. 5 Stunden nach der Aufnahme starb die Pat., ohne sich aus dem Kollaps erholt zu haben. Es handelte sich hier offenbar um zwei zeitlich getrennt liegende Prozesse: die alte abgeheilte Peritonitis und einen fortschreitenden neueren, der kurz vorher zur Perforation, zum Chok und Kollaps geführt hatte, ohne noch eine Peritonitis hervorrufen zu können. Die Obduktion bestätigte diese Annahme.

Winkler demonstriert im Anschluß an den Vortrag von Asch die anatomischen Veränderungen der bei der Obduktion gewonnenen Organe: Die Flexura sigmoidea war nach rechts verlagert, mit der Umgebung verklebt und schloß deckelartig das Becken gegen die Bauchhöhle hin ab, der hintere Douglassche Raum ist erweitert, seine Wände allenthalben mit schmierigem Eiter bedeckt. Uterus ist mit der Blase, die linke Tube mit dem Eierstocke fest verwachsen, die rechte entfernt.

Das periproktale Bindegewebe, sowie die Mastdarmwand sind außerordentlich derb infiltriert.

Bei Eröffnung des Mastdarmes ist sein Lumen durch derbes, strahliges Narbengewebe hochgradig verengt, an der vorderen Wand sieht man drei Fistelöffnungen, die in das Cavum Douglasii führen. An der hinteren Blasenwand ein Loch mit zackigen Rändern, Blasenschleimhaut schwarzgrau verfärbt, mit eitrigen Belägen.

Die Veränderungen der Mastdarmschleimhaut zeigen das Bild der gonorrhoischen Proktitis und Periproktitis: durch die Darmfisteln ist eine auf den hinteren Douglas'schen Raum beschränkte Beckeneiterung hervorgerufen worden, die einen Einbruch des Eiters in die Harnblase bedingte. Auf diese Weise kam eine eitrige Cystitis und Pyelitis ascendens mit beiderseitiger Nierenvereiterung zustande, die schließlich den Tod der Kranken verursacht hat.

Diskussion: Küstner glaubt, daß in dem beschriebenen Falle zwei Prozesse voneinander zu trennen sind und zeitlich vielleicht weit auseinander liegen. Die Rektumstriktur einerseits und die Bildung des eiterigen Exsudates im Douglasschen Raum andererseits. Erstere kann weit zurückliegen und ist vielleicht gonorrhoischen Ursprunges; letztere ist neueren Datums und ist auf Darmläsion zurückzuführen, welche wohl als Folge der Schädigung der strikturierten entzündeten Darmwand anzusehen ist.

Asch (Schlußwort): Ich wollte der Demonstration unseres Herrn Prosektors nicht durch epikritische Bemerkungen vorgreifen. Für die wohl vor 6 Jahren stattgehabte, bis zum Zwerchfelle gehende, wohlabgeheilte Peritonitis läßt sich ein Grund nicht mehr auffinden. Nirgends zeigen höher gelegene Darmabschnitte und andere Organe Zeichen dafür. Der neue, wohl erst monatelang bestehende Prozeß hat vom Rektum seinen Ausgang genommen, ist gonorrhoischen Ursprunges und hat die ausgedehnten Zerstörungen der Darmwand zur Folge und damit die Entzündung des Bindegewebes und benachbarter Organe. Von hier ist die Blase

durch entzündliche Verklebung herbeigezogen, infiziert, perforiert und damit der Weg für die aszendierende Pyelonephritis gegeben. Möglich, daß hier die alte Verklebung den Weg abgekürzt hat. Übersprungen sind die Organe herkömmlicher Aszension; die Tuben von außen her mit hineinbezogen; daher auch keine purulente Saktosalpinx, wie sie als Folge der Endosalpingitis auftritt. Gonorrhöe der unteren Abschnitte des Rektalrohres ist nicht selten, wohl aber so tiefgehende Zerstörungen hochgelegener Abschnitte; ich selbst sah vor vielen Jahren eine Perforation eines 15 cm über dem Anus gelegenen gonorrhoischen Ulcus; in jenem Falle bestand aber auch primäre aszendierende Gonorrhöe der Genitalien; hier fehlte sie.

Der tödliche Chok ist wohl bei der Perforation der obersten, durch Adhäsionen noch nicht abgedämmten Rektalfistel entstanden, bei der doppelseitigen schweren Nierenerkrankung nicht verwunderlich.

---

2) Gynäkologische Gesellschaft in Lemberg.

Sitzung am 21. Februar 1906.

Vorsitzender: Schellenberg; Schriftführer: Czyżewicz jun.

1) Bylicki hält einen Vortrag über Schwangerschaftswehen. Auf die Ergebnisse gestützt, die Schatz in seiner Arbeit »Schlechte Wehen und die zentrale Steuerung der Wehentätigkeit«, veröffentlicht hat, bespricht er Wehen, die in der Schwangerschaft auftreten und hier und da auch empfunden werden. Als Beispiel ein Fall aus der Praxis. Bei einer Schwangeren waren, von dem zweiten Monate angefangen, Wehen aufgetreten, die auch objektiv als Kontraktionen des Uterus nachzuweisen waren und die aller Therapie trotzten. Nach Schatz sind solche schmerzhafte Wehen Folge einer allgemeinen Neurasthenie oder eines Rheumatismus der Gebärmuttermuskeln. — Die Schwangerschaftswehen haben wahrscheinlich den Zweck, die Zufuhr der Ernährungssubstanzen für die Frucht und die Abfuhr ihrer Stoffwechselprodukte zu regulieren. —

Mars ist auch der Ansicht, daß Wehen im Laufe der ganzen Schwangerschaft auftreten. Auch er konnte einige Male schmerzhafte Wehen in der Schwangerschaft beobachten, als Gegensatz dazu aber einige Fälle, wo nicht nur die Schwangerschaftswehen, sondern auch die Geburtswehen überhaupt nicht empfunden wurden.

Kwiatkiewicz ist der Ansicht, daß die Schwangerschaftswehen durch Ansammeln von venösem Blut in den Gefäßen der Gebärmutter ausgelöst werden, und auch dazu dienen, um dieses Blut herauszupressen. Die Ursache, daß sie schmerzhaft sind, wäre oft in überstandenen Entzündungen der Geschlechtsteile zu suchen.

Czyżewicz jun. glaubt, daß Wehen nicht nur im Laufe der Schwangerschaft, sondern wahrscheinlich auch ohne Schwangerschaft in der Gebärmutter auftreten, obwohl dies nicht direkt zu beweisen ist.

2) Mars demonstriert zum zweitenmal einen Fall von Symphysendiastase. Nach der eben überstandenen Geburt hat sich die Diastase etwas verkleinert, ist aber nicht vollkommen zurückgegangen. Auch längere Beobachtung war jedoch nicht imstande aufzuklären, ob es sich um einen angeborenen Spalt oder erworbene Diastase handelt. Immer mehr spricht aber für einen Entwicklungsfehler, der wahrscheinlich im späteren Leben, wegen durchgemachter Osteomalakie, gesteigert wurde.

3) Bocheński demonstriert eine Pat. bei welcher wegen erworbener Atresia vaginae die Scheide stumpf mit Pessarien dilatiert wurde, und eine zweite eben aufgenommene, wo eine hochgradige Stenose der Scheide nach einer Geburt besteht.

Sitzung vom 4. April 1906.

Vorsitzender: Schellenberg; Schriftführer: Czyżewicz jun.

1) Bocheński demonstriert Apparate nach Bier, die in der Gynäkologie gebraucht werden. Die Methode wurde in der hiesigen Klinik verwertet, und zwar bei Exsudaten, nach kleinem Einschnitt, um den Eiter abzulassen, bei eiternden Laparotomiewunden und bei Endometritis, mit Erosionen kompliziert. Die bisherigen Erfahrungen erlauben noch keinerlei Schlüsse zu ziehen, es ist aber auffallend, daß eine subjektive Besserung fast immer zu erreichen ist.

Gleichzeitig demonstriert Bocheński den neuen Katheter nach Gersuny und den Apparat von Mayer-Ruegg zur Uterusmassage bei Atonie.

Kośmiński spricht für die Bier'sche Methode in der Gynäkologie, weil sie auch in sehr hartnäckigen Fällen eine Besserung bringt.

Mars ist auch derselben Ansicht. Bei Exsudaten reicht oft Punktion mit einer Nadel und nachfolgendes Aussaugen der Flüssigkeit aus. Der Apparat von Mayer-Ruegg bietet bei seiner Entfernung so große Schwierigkeiten, daß er nicht verwertet werden kann.

Czyżewicz jun. hat auch einige Fälle nach Bier behandelt und ähnliche Resultate erreicht. Am besten waren aber die Erfolge der Methode bei frischer, nicht suppurativer Mastitis. Im ganzen ist er aber auch noch nicht imstande, endgültige Schlüsse zu ziehen.

2) Czyżewicz jun. demonstriert

a. ein Präparat der rechten Adnexe nach Laparotomie. Neben einem Dermoide des Eierstockes befindet sich hier ein zweites Dermoid, an der hinteren Wand des breiten Mutterbandes sitzend, weder mit dem Eierstocke noch mit der Tube verbunden. Bisher war es nicht möglich, den Ausgangspunkt des extraovarialen Dermoides zu finden. Es muß noch entschieden werden, ob es aus dem Parovarium, Ovarialrudimenten einer zweiten Ovarialanlage, oder aus dem Lig. latum wächst. Jedenfalls gehört der Fall zu den Seltenheiten.

b. ein Präparat von Uterusfibrom beträchtlicher Größe. Die Geschwulst, an der hinteren Cervix- und Korpuswand sitzend, hat die Gebärmutter dermaßen disloziert, daß ihr oberer Rand über dem Nabel stand, und der untere drei Querfinger oberhalb der Schamfuge. Bei beiden Pat. war der postoperative Verlauf reaktionslos.

Sitzung am 16. Mai 1906.

Vorsitzender: Schellenberg; Schriftführer: Czyżewicz jun.

1) Czyżewicz jun. bespricht einen Fall von Hyperemesis gravidarum, welcher, im höchsten Grade kachektisch, in die hiesige Hebammenschule aufgenommen wurde und trotz aller Bemühungen zum Exitus kam, obwohl das Erbrechen zehn Tage vor dem Tode aufgehört hat. Die Autopsie ergab eine hochgradige parenchymatöse und fettige Degeneration aller Organe. Im Uterus neben dem Fruchtei ein etwa walnußgroßes, submuköses Fibromyom. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß eben diese Geschwulst durch Druck auf die Sympathicusganglien, Hyperemesis hervorgerufen hat, wie dies Müller angibt. Andererseits ist es auch möglich, daß die Krankheit Folge einer allgemeinen Schwangerschaftsinfektion im Sinne der Theorie von Starzewski war, wofür auch die Degeneration aller Organe zu sprechen scheint. — Es wurde keine Fehlgeburt eingeleitet, weil Pat. hierzu schon zu schwach war und keine dringenden Indikationen bestanden. Die Temperatur war immer normal, der Urin ohne Veränderungen, das Körpergewicht unverändert.

Bocheński konstatiert, daß als Indikation zum Einleiten einer Fehlgeburt der Nachweis von Azeton im Urin und Fieber anzunehmen sind. Therapeutisch führen Darreichen von Milch in geringen Quantitäten, Nährklistiere und subkutane Infusionen am besten zum Ziele.

2) Czyżewicz jun. demonstriert ein Präparat von Fibromyoma uteri bei bestehenden angeborenen Veränderungen der Geschlechtsteile. Bei der Operation

konnte man feststellen, daß rechterseits die Adnexe vollkommen fehlten und die Art. spermatica interna direkt an das Cornu uteri verlief. Eben dieser atypische Verlauf des genannten Gefäßes ist maßgebend für die Annahme, daß es sich um angeborene Aplasie der Adnexe, d. i. des oberen Teiles, des rechten Müller-schen Ganges handelt. Im anderen Falle müßte die Arterie seitlich, gegen den vermeintlichen Ansatz eines fehlenden Lig. infundibulo-pelvicum, d. i. gegen die seitliche Beckenwand, ziehen.

Der postoperative Verlauf war bei der Pat. vollkommen befriedigend.

3) Czyżewicz jun. stellt eine Pat. mit Mißbildung der Genitalien vor. Es ist eine doppelte Scheide neben Uterus unicornis dexter zu konstatieren. Das rechte Ovarium ist normal entwickelt. In der Höhe des Ostium int. zieht ein Strang nach links, und daran ist eine Verdickung zu finden. Dies Gebilde ist als verkümmerter linker Eierstock oder das linke Cornu uteri anzusehen. Die Entscheidung ist nicht möglich, da man den Ansatz des linken Lig. rotundum nicht palpieren kann.

4) Czyżewicz jun. demonstriert weiter ein Präparat von extra-uteriner Gravidität. Das ausgetragene Kind war in der Zeit, wo es geboren werden sollte, abgestorben, und 3 Monate später kam Pat. zur Operation. Das Präparat stellt eine Graviditas tubaria vor, wo der Eileiter bis zur Größe eines Uterus am Ende der Schwangerschaft aufgetrieben ist und nur an der Stelle, wo der kindliche Kopf anliegt, usuriert erscheint. Die Wand, etwa 1 cm dick, ist anatomisch ganz ähnlich gebaut, wie die Wand einer schwangeren Gebärmutter. Die Frucht ist teilweise mazeriert, die Placenta plattgedrückt, blutleer, die Nabelschnur durchgerissen. Das Fruchtwasser war in die Bauchhöhle abgeflossen. Trotzdem jedoch, und trotz Bestehens einer Extra-uterin-Gravidität, waren im Cavum peritonei keinerlei Verwachsungen vorhanden. Der ganze Tumor wurde in toto leicht entfernt, und Pat. befindet sich ganz wohl. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, daß während der ganzen Zeit der Schwangerschaft Blutungen, die als ein Kardinalsymptom einer Extra-uterin-Gravidität angesehen werden, fehlten.

Bocheński sucht die Ursache, daß keinerlei Peritonealreizung bestand, darin, daß Pat. nie an Gonorrhöe gelitten hat. Dann ist aber auch die Ursache der Entstehung einer Tubarschwangerschaft vollkommen rätselhaft. —

5) Litwinowicz demonstriert ein Präparat von rupturierter Tubargravidität mit profuser innerer Blutung. Trotz möglichst schnell ausgeführter Laparotomie ist Pat. wegen Blutung eingegangen. Die Schwangerschaft konnte etwa $2^1/_2$ bis 3 Monate bestehen, und die Frucht entspricht auch diesem Alter.

Bocheński ist der Ansicht, daß man bei Blutungen wegen Ruptur von Extrauterinschwangerschaft eher warten soll, und nur laparotomieren, wenn die Blutung progredient ist und Exzitantien ohne Wirkung sind.

Czyżewicz jun. glaubt, daß man bei Tubenabort warten darf und soll, bei Tubenruptur dagegen möglichst frühzeitig laparotomieren muß.

Neueste Literatur.

3) Bulletin of the lying-in-hospital of the City of New York 1905. Dezember; 1906 März und Juni.

1) J. A. Harrar (New York). Erfahrungen an 150 Fällen von Eklampsie in dem Lying-in-hospital von New York.

Die Fälle wurden in den Jahren 1895—1905 beobachtet und stellen, da es zum größten Teile in das Hospilal eingelieferte sind, vielfach die schwersten dar.

Der klimatische Einfluß auf die Eklampsie äußert sich in dem schnellen Anstieg der Häufigkeitskurve im März, der Erreichung des Höhepunktes im April, dem dann erfolgenden stetigen Abfall mit Erreichung des tiefsten Punktes im November. Im November ist in New York das Klima am gleichmäßigsten und

vor allen Dingen regenärmsten. Im April waren 3,817% aller Geburten eklamptische, 33$^1/_3$% der ganzen Serie, im November 1,153% oder 4% der Serie.

81 mal oder in 54% trat die Eklampsie auf ante partum, die ernstesten Fälle bezüglich der Prognose mit 55% Mortalität; 45 mal oder in 30% post partum mit der geringsten Mortalität = 25%; die intra partum-Fälle waren die prognostisch besten; die Anfälle traten gewöhnlich im zweiten Geburtsstadium auf und verschwanden nach der Geburt des Kindes.

Die Mortalität war um so geringer, je kürzer die Zeit zwischen dem ersten Anfall und der Entleerung des Uterus. Unter 70 mit diesbezüglichen Angaben versehenen Fällen waren 30 Todesfälle bei einer durchnittlichen Lebensdauer von 11,2 Stunden, und 40 Heilungen bei einer solchen von nur 7,3 Stunden.

Bei 106 ante und intra partum-Fällen wurde 96 mal Accouchement forcé, 2 mal Sectio caesarea gemacht. Von diesen hatten 69% post partum keinen Anfall mehr.

Unter 77 Fällen mit entsprechenden Angaben war bei solchen mit hochgespanntem Puls eine Mortalität von 30%, mit gering gespanntem eine solche von 62%.

Die Gesamtmortalität der Mütter betrug 30%, die fötale der ante und intra partum-Fälle 47%. Die größte Mortalität von 61% wurde erreicht in den Monaten, wo neben anderem unterschiedslos intravenöse Kochsalzinfusionen von 1000 bis 1500 ccm gemacht wurden und man in allen letalen Fällen Lungenödem fand. Zieht man die 31 so behandelten Fälle ab, so bleibt nur eine Mortalität von 25%.

Primipare verhielten sich zu Multiparen wie 5 : 3, wobei die ersteren eine etwas bessere Prognose hatten. Bei Zwillingsgeburten oder noch zahlreicheren Schwangerschaftsprodukten trat in jedem zehnten Fall Eklampsie auf, aber mit nur 20% Mortalität.

Das Durchschnittsalter der Mütter war 24 Jahre; die jüngste war 16, die älteste 48 Jahre.

Am häufigsten traten die Anfälle im neunten Lunarmonat auf, viermal im fünften, einmal im vierten Monat. Eine Pat. — sicher nicht epileptisch — hatte während der ganzen Schwangerschaft einmal monatlich einen Anfall, allmählich an Stärke zunehmend, bis sie im neunten Monat von einem lebenden Kind entbunden wurde. Pat. hatte auch Kopfschmerzen, Ödeme und Erbrechen. Neigung zu Blutungen, gewöhnlich in Verbindung mit Ikterus, wurde dreimal beobachtet; zwei davon starben; die eine hatte kaffeesatzartiges Erbrechen, die andere submuköse Blutungen. Die dritte hatte 2 Wochen vor der Geburt profuse Zahnfleischblutungen, genas aber.

2) A. B. Davis (New York). Bericht über eine Folge von 19 Fällen von Sectio caesarea.

Nach Beschreibung der geübten Technik — Längsschnitt — Bericht über die 19 Fälle:

I. 22jährige Österreicherin, I p., rachitisch unregelmäßig verengt, 127 cm groß, rechtes Bein kürzer; B. M.: Sp. 21, Cr. 24, C. d. ext. 14,5, int. 9, vera 7,5 cm, rechte Beckenhälfte abgeflacht, Sacrum nach vorn vorspringend; Sectio caesarea in ärmlichem Hause, Kind in Schädellage, lebend 3360 g, 101,2° F am 5. Tage, sonst ungestörte Heilung. 21. Tag aufgestanden. 1 Jahr später Uterus an der vorderen Abdominalwand fixiert, dort Schmerzen.

II. 22jährige Russin, I p., B. M.: Sp. 19,5, Cr. 27; Ext. obl. 21; C. ext. 17, int. 10; vera 8 cm; nach 50stündigen Wehen Sectio caesarea im Hause, in 39 Minuten mäßiger Hydrocephalus, totes Kind in Schädellage, 3000 g, Puerperium fieberhaft, am 3. Tag 103° F, geringe Eiterung im unteren Wundwinkel, am 45. Tage aus der Behandlung entlassen, Uterus am Nabel adhärent; 2 Jahre später kleiner Abszeß in obdominaler Narbe, Seidenfaden entfernt.

III. 21jährige Rumänin, I p., 140 cm groß, Becken am »Justo minor variety«, Conj. vera 9 cm, 30 Stunden nach Wehenbeginn und häufigen Untersuchungen der Hebamme dazu, Uterus in tonischer Kontraktion, Kopf über dem Becken, Herztöne hörbar, schmieriger Ausfluß, Sectio caesarea im Hause, Pat. nach Operation sehr elend, deliriert. Exitus 22 Stunden p. op., während dieser Zeit vollständige Urinverhaltung, Kind † 2 Tage später.

IV. [illegible]jährige Negerin. Ipara. [illegible] cm groß, rachitisch. B. M.: C. ext. 18, int. 11, vera [illegible] cm. [illegible]. Sectio caesarea im Hospital in 60 Minuten. Äther-[illegible]. [illegible] Heilung, kleiner Abszeß in der Narbe, lebendes Kind [illegible] g. [illegible] Tage p. p. Entlassung.

V. [illegible]jährige [illegible]. [illegible]para. Erstes Kind [illegible] tot geboren; zweites Kind [illegible] ohne Besonderheiten, Hänge-[illegible]. B. M. Sp. [illegible] Cr. [illegible] C. ext. 22 cm, int. nicht zu er-[illegible]. Becken [illegible] geräumig, aber mit sehr engem Beckenausgange. Sectio caesarea im Hospital in [illegible] Minuten, lebendes Kind 4100 g. 24 Tage p. op. entlassen.

VI. [illegible]jährige Ipara. Rechte Hüfte angeblich infolge Trauma ankylotisch in Adduktion, so daß vaginale Untersuchung schwer. Becken unregelmäßig verengt. B. M. Sp. [illegible] Cr. [illegible] C. ext. [illegible] C. obl. rechts [illegible] links 22. Conj. int. 11, vera [illegible] cm. [illegible] stark in Becken vorspringend. Sectio caesarea im Hospital, lebendes Kind [illegible] g. [illegible] Tag p. op. aufgestanden, 58. Tag p. op. entlassen, Uterus [illegible] an Abdominalnarbe adhärent. Pat. war bei der Aufnahme äußerst anämisch. [illegible] Tage p. op. [illegible] Erythrocyten, 50% Hämoglobin, trotzdem so guter Verlauf. [illegible] Jahr später Uterus nicht fixiert in normaler Lage.

VII. [illegible] Monate [illegible]. Normales Becken. Uterus normal, in hinterer [illegible] großer weicher Tumor, nach unten und oben steigend, Diagnose auf [illegible]. Laparotomie. Sectio caesarea; allgemeine Sarkomatose des Bauchfelles. [illegible] Heilung, 3 Monate später Exitus.

VIII. [illegible]jährige [illegible]. Ipara. 138,5 cm groß. B. M.: Sp. 23, Cr. 25, C. ext. [illegible] C. obl. rechts 18, links [illegible] C. d. int. 10,5, vera 8,5 cm, dorsal Kyphose, [illegible]. [illegible] komp. [illegible], sehr verengter Beckenausgang. [illegible]. Schädellage. Sectio caesarea im Hospital. 32 Tage p. p. Mutter und Kind gesund entlassen.

IX. [illegible]jährige [illegible]. Ipara. Unregelmäßig verengtes rachitisches Becken. C. vera [illegible] cm. [illegible] Wehen, der große Kopf bleibt über dem Becken. Sectio caesarea im Hospital. Placenta getroffen. Lebendes Kind, glatte Heilung. 27. Tag p. op. entlassen. Uterus frei beweglich.

X. [illegible]jährige Negerin. [illegible]. 3 Jahre vorher Sectio caesarea, lebendes, inzwischen gestorbenes Kind. [illegible] 14 Stunden nach Wehenbeginn tonische Kontraktion des Uterus. Kopf über dem Becken, schwache Herztöne, allgemein verengtes Becken. C. vera [illegible] cm. Sectio caesarea im Hospital. Uterus fest an der abdominalen Wand verwachsen. Placenta getroffen. Uteruskontraktionen behindert durch die [illegible] festen Verwachsungen. lebendes Kind 3000 g. Exitus an Peritonitis, [illegible]. Ausspülung und Drainage des Abdomens.

XI. [illegible]jährige IIpara. Erster Partus vor 6 Jahren, leicht; Kind 3500 g, vor 4 Jahren Abort. [illegible] cm groß, [illegible] rachitisches Becken, schnabelförmige Symphyse. Os [illegible] am unteren Teil des Sacrum nach vorn vorspringend, sekundärer Vorsprung des Sacrum 5 cm unter dem Promontorium. Spinae ischii sehr lang. Becken über linkem Acetabulum sehr eng. Schädel über dem Becken, 1[illegible] Stunden nach Wehenbeginn Sectio caesarea im Hospital, lebendes Kind 3025 g, 30. Tage p. p. entlassen. Uterus an der Narbe adhärent. 1¾ Jahr später Curettage wegen Abort. Uterus frei beweglich.

XII. IIpara. Negerin Fall IV oben. Sectio caesarea im Hospital, 10 Monate nach der ersten. Uterus neben der Abdominalnarbe adhärent, alte Uterusnarbe nicht zu finden. Placenta getroffen, starke Blutung. Am 26. Tage p. op. nach überstandener Bronchopneumonie mit gesundem Kind entlassen, Uterus an der vorderen Abdominalwand adhärent, 13 cm über der Symphyse. 1½ Jahr später Laparotomie.

XIII. 22jährige Russin. Ipara. 133 cm groß, 104 Pfund schwer, C. ext. 17, int. diag. 10, vera 8 cm. Kopf über dem Becken. 24 Stunden nach Wehenbeginn Sectio caesarea im Hospital, lebendes Kind. 14 Tage p. op. aufgestanden, 19 Tage p. op. entlassen. Uterus frei beweglich.

XIV. 23jährige Österreicherin. Ipara. 2 Tage nach Wehenbeginn und erfolg-

losem Zangenversuch mit Dammriß eingeliefert, enges Trichterbecken, C. vera 9 cm, Kopf im Beckeneingange, nach abermaligem erfolglosen Forceps im Hospital Sectio caesarea. Placenta getroffen, Blutung »nicht sehr profus«. 3 Tage p. op. Exitus. Peritonitis purul. Kind 3200 g, † 53 Stunden p. op.

XV. 24jährige Österreicherin, Ipara. Allgemein verengtes Becken, C. vera 7,5 cm, 149 cm groß. Nach 15stündiger erfolgloser Wehentätigkeit Sectio caesarea im Hospital, nach überstandener Pneumonie 4 Wochen p. op. entlassen, Kind † 25 Tage p. op.

XVI. 26jährige Österreicherin, IVpara. Erstes Kind durch Verf. kraniotomiert Aug. 1900, zweites Kind Sectio caesarea, fundaler Querschnitt, lebendes Kind November 1901; drittes Kind Sectio caesarea, medianer Längsschnitt in demselben Hospital Oktober 1903, lebendes Kind † 21 Monate alt. Jetzt vierte Gravidität. Unregelmäßig verengtes plattes Becken mit hohem sakralen Promontorium, Conj. vera 9,5. Sectio caesarea im Hospital Juni 1905. Uterus an der vorderen Abdominalwand adhärent mit breiter Zone, schlaffe Adhäsionen, aber keine Spuren der alten Inzisionen. Längsschnitt, profuse Blutung. Lebendes Kind 3500 g. 18. Tag p. op. entlassen.

XVII. 41jährige Italienerin, IIpara. Erste Geburt vor 13 Jahren, lebendes Kind. Seit 3 Monaten blutiger Ausfluß, zumal nach Koitus. Kind in normaler Lage, Conj. vera 10 cm. In vorderer Muttermundslippe blumenkohlartiges Gewächs, ins linke Parametrium vordringend; obere Grenzen nicht bestimmbar. In der vorderen Vaginalwand links von der Urethra Tumor 6,3 cm, andere Knoten an anderen Stellen der Vagina. Nach 16stündigen Wehen so geringe Entfaltung der Cervix, daß Sectio caesarea vorgenommen wurde. Längsschnitt, lebendes Kind; Tumor an der Cervix, Karzinom. Scheinbar keine weitere Operation! entlassen.

XVIII. 20jährige Russin, Ipara, 141 cm groß, plattes Becken, verengter Beckeneingang, Conj. vera 8,25 cm. Nach 13stündigen Wehen, völlig erweitertem Muttermund, aber nicht eingetretenem Schädel, Sectio caesarea. Längsschnitt, beträchtliche Blutung. Kind lebend, 3200 g. 21. Tag p. op. entlassen. Uterus frei beweglich.

XIX. 21jährige IIpara. Erste Geburt Sectio caesarea im Hospital Juni 1904, lebendes Kind. Allgemein verengtes Becken, Conj. vera 8,5 cm, hohes sakrales Promontorium. Nach Blasensprung und erfolglosem hohen Forceps Sectio caesarea, September 1905. Längsschnitt, nichts von alter Narbe, aber einige schwache Verwachsungen mit der vorderen Abdominalwand, profuse Blutung. Lebendes Kind, 2675 g. 18. Tag p. op. entlassen.

3) J. W. Markoe (Neuyork). Zwei Fälle von Pyämie mit ungewöhnlichen Komplikationen. Freie Luftbehandlung.

29jährige IVpara. Letzte Geburt vor 3 Tagen spontan, ohne Hilfe. Erkrankte mit Fieber, Kopfschmerzen. Aufgetriebener empfindlicher Leib, stinkende Lochien. Curettage des Uterus ohne Befund und Erfolg, außerdem Ödem des Gesichtes und der Arme sehr empfindlich. In der Folgezeit mußten zahlreiche Abszesse an Armen und Beinen eröffnet werden, schließlich aber Heilung mit freier Beweglichkeit. Im Eiter stets Streptokokken.

30jährige IIIpara, vor 3 Tagen poliklinisch entbunden. 102° F, 105 Puls, ausgesprochene Empfindlichkeit in der rechten Vaginalgegend, sehr schlechtes Allgemeinbefinden. Uterusausspülung ohne Erfolg. Im Blut aus Armvene Streptokokken. 3 Tage später im rechten Auge Sehstörungen, 2 Wochen später vom Ophthalmologen enukleiert. Noch zahlreiche weitere kleinere Abszesse an allen möglichen Stellen des Körpers. In allen Abszessen sowie im Sekret der Cervix Streptokokken. Schließlich nach 136 Tagen Behandlung gesund entlassen.

Verf. glaubt, daß die schließliche Genesung der beiden schwer infizierten Pat. neben der speziellen chirurgischen Behandlung der dauernden besonderen Berücksichtigung des Allgemeinzustandes, im besonderen ihrem ständigen Aufenthalt in frischer Luft und Solarium des Hospitals zu danken ist. Pat. lagen Tag und

Nacht in freier Luft, die Verf. gerade bei solchen Pat. für außerordentlich wichtig und heilsam hält.

4) R. W. Lobenstine (Neuyork). Vorläufige Bemerkungen zu dem Gebrauch des Thyroidextraktes in der Eklampsie.

Bezugnehmend auf die Theorie von dem Fehlen der bei normaler Schwangerschaft bestehenden Hypertrophie der Thyreoidea stellt Verf. fest, daß er diese Hypertrophie sehr häufig bei normaler Schwangerschaft, aber unter einer Serie von 50 Fällen von Eklampsie nur zweimal gefunden habe.

Nach dem Vorgange von Lange und Nicholson gab er dann in einer Zahl von Eklampsiefällen (6) Thyreoidextrakt und glaubt diese Behandlung nach seinen Erfahrungen empfehlen zu können. Vor allem beobachtete er Herabsetzung der Pulsspannung und starke Steigerung der Diurese und Diaphorese, aber nur bei großen Dosen. Wegen der zweifellos starken Beeinflussung des Herzens muß dieses dabei sorgfältig beobachtet werden.

5) R. McPherson (Neuyork). Ein ungewöhnliches Präparat eines Falles von ektopischer Schwangerschaft.

Operation in äußerstem Kollaps, Abtragung der rechten rupturierten Tube. Zahl der roten Blutkörper am Morgen nach der Operation 1 776 000, Hämoglobin 28%. Heilung. 23. Tag p. op. entlassen. Rote Blutkörperchen 3 800 000, Hämoglobin 75%. Die schnelle Wiederherstellung führt Verf. nicht zum wenigsten auf den fast ständigen Aufenthalt der Pat. in freier Luft, vom 3. Tage p. op. an, zurück.

Das Bemerkenswerte an dem Präparate war, daß der Fötus zur Hälfte in dem Riß der Tube steckte und diesen verstopfte.

6) F. E. Sondern (Neuyork). Bemerkungen zu der Toxämie in der Schwangerschaft.

Verf. führt die verschiedenen Gründe pro und kontra der Auffassung, wonach Schwangerschaftserbrechen, akute gelbe Leberatrophie und der größte Teil aller Fälle von Eklampsie das Resultat einer und derselben Toxämie seien, an, hält die Auffassung für die richtige und sieht das Ausbleiben der allgemeinen Anerkennung derselben nur in der bisher fehlenden Erkenntnis der eigentlichen ursächlichen Faktoren.

---

1) J. E. Welch (Neuyork). Ein ungewöhnlicher Fall von Hämorrhagie bei Eklampsie.

28jährige IIIpara, erster Partus ohne Besonderheiten, zweiter, abgesehen von Ödemen an den Enkeln ebenso. Jetzt im 8. Monat der Schwangerschaft 6 Stunden nach plötzlichem starken Kopfschmerz, 2 Stunden nach einem eklamptischen Anfall Exitus. In dem ersten entnommenen Urin 4% Albumin, 2,26 Harnstoff, im Spektroskop Methämoglobin. 3 ccm Urin subkutan einem Guineaschwein von 500 g injiziert, führt Tod in 12 Stunden herbei. Allgemeines Ödem, freie Flüssigkeit in den Leibeshöhlen.

Sektion: Starkes Ödem an den unteren Extremitäten, geringes am übrigen Körper. Profuser serosanguinöser Ausfluß aus Nase und Mund. Conjunctiva extrem ödematös. Zahlreiche Ekchymosen in der Haut der Beine und der Brust, mehr oder weniger starke Hämorrhagien in den serösen und Schleimhäuten des ganzen Körpers.

Cerebrum: Dura und Pia kongestioniert, nicht ödematös. Longitudinalsinus mit flüssigem Blute gefüllt. Gefäße der Pia und der Schädelbasis ohne Degeneration und Sklerose. Gehirn auf Durchschnitt sehr blutreich. Alle Ventrikel durch flüssiges Blut sehr stark ausgedehnt. Die Quelle der Blutung im linken Corpus striatum, wo ein großes Blutgerinnsel liegt, welches die größere Hälfte desselben einnimmt, sich ausdehnend in den linken Seitenventrikel und ausgedehnte Zerstörung in der Substanz der linken frontalen, parietalen und okzipitalen Region veranlassend.

Leber mäßig vergrößert, große Hämorrhagien unter der Kapsel beider Lappen und durch die Lebersubstanz hindurch. Im Parenchym ausgedehnte trübe Schwellung. Viele Zellen stark vergrößert, Inhalt der Zellkörper wie Granulartrümmer, bei

erhaltener Zellgrenze; nur einige enthalten Fettropfen. Vereinzelte Parenchympartien in der Größe von drei Lobuli zerstört.

Nieren blutreich, wenige kleine subkapsuläre Hämorrhagien, Kapsel normal, Gefäße kongestioniert, trübe Schwellung der Wandung, ebenso in dem Kapillargefäße der Glomeruli. Tubuli recti gefüllt mit ihrem squammierten Epithel. Epithel der Contorti stark zerstört, einige mit Fettropfen.

Verf. meint, die Ursache der ausgedehnten Blutungen könne nicht allein in dem vermehrten Blutdrucke gesucht werden. Das Arteriensystem war, abgesehen von ganz vereinzelter fettiger Degeneration, normal, speziell die Gefäße des Cerebrums. Thromben wurden nicht gefunden. Mikroskopisch fand sich nur trübe Schwellung in den Gefäßwandungen. Es bestand aber eine ausgesprochene und allgemeine Hämolyse. Nur wenige intakte Erythrocyten konnten gefunden werden. Die Hämorrhagien zeigten keine Fibrinbildung. Die extravaskulären Hämorrhagien hatten eine große Ähnlichkeit mit den Thromben, welche sich nach Flexner's Beschreibung sehr schnell im rechten Herz, der Pulmonalarterie und der Vena cava nach Injektion von Schlangengift bilden. — Verf. meint, man müsse zur Erklärung der Erscheinungen zwei Prinzipe annehmen, das eine, welches Ödem hervorruft, wie der Urin dieses Falles bei dem Versuchstiere tat und wie es so gewöhnlich bei der Eklampsie ist, und ein zweites cytolytisches und Blutungen auslösendes.

2) J. W. Markoe (Neuyork). Ein Fall von perniziösem Schwangerschaftserbrechen.

22jährige verheiratete Russin, IIpara. In der ersten Schwangerschaft während der beiden 2 Monate Erbrechen, ohne besondere Beschwerden zu veranlassen. Jetzt seit dem ersten Monat der Schwangerschaft kontinuierliches Erbrechen, Uterus wie III—IV. Hochgradige Abmagerung, keine Organfehler. Leichter Ikterus des ganzen Körpers und der Konjunktiven. Sistierung jeder Nahrungsaufnahme per os, alle 6 Stunden Ernährungsklistiere, die behalten wurden, aber Fortdauer des Erbrechens. Da nach 8 Tagen Zustand der Abmagerung, des Erbrechens unverändert war, mit weiterer Ausbildung des Ikterus künstlicher Abort. Seitdem kein Erbrechen mehr. Genesung.

Verf. gibt die genauen Daten der wiederholt vorgenommenen Blut- und Urinuntersuchungen.

3) W. A. Morgan (Neuyork). Ein Fall von benignem Kropf bei Schwangerschaft.

27jährige IVpara. Erste Geburt vor 5 Jahren ohne jede Störung, bei der zweiten und dritten Gravidität vor 4 und 2½ Jahren Anschwellung der vorderen Halspartie, bei der zweiten ohne jede weiteren Symptome und nach der Geburt schnell verschwindend, bei der dritten mit leichter Dyspnoe einhergehend und Schwellung, nach der Geburt nicht völlig vergehend.

Jetzt am Ende der vierten Schwangerschaft. Seit 5 Monaten allmähliche Zunahme des Halsumfanges, jetzt 46 cm. Seit 2 Monaten allmählich zunehmende Dyspnoe und Herzpalpitation. Respiration 48, Puls 120, klein und unregelmäßig, Pulsation der Carotiden. Kein Exophthalmus.

Tremor der Finger, feuchte Haut. Beide Lappen und der Isthmus der Thyreoidea vergrößert, unter dem Sternumrande sich ausdehend. Herz stark vergrößert, 2 cm den rechten Sternalrand und 13 cm links die Medianlinie. Spitzenstoß im 6. Interkostalraum. Keine Geräusche. Leber, Milz, Extremitäten ohne Besonderheiten; Geburtsverlauf ohne Störung, beabsichtigte Tracheotomie unterblieb und Atmung wurde nach der Entbindung freier. Bald darauf plötzliche Verschlimmerung des Zustandes und in einigen Minuten Exitus.

Sektion: Tod infolge Vitium cordis. Struma beengte die Luftröhre nicht. Maß der Struma über größte Konvexität von Spitze zu Spitze 23,5 cm. Diameter der linken Hälfte 6,5 cm, der rechten 5,5 cm. Mikroskopisch Kongestion und Ödem des interstitiellen Stromas. Allgemeine adenomatöse Proliferation. Herz: Zahlreiche Hämorrhagien über dem rechten Herzohr. Foramen ovale, offen, aber geschützt durch Klappenbildung des interaurikularen Septums. Die rechte Auriculo-

ventrikularöffnung für vier, die linke für zwei Finger durchgängig. Alle Herzkammern gewaltig dilatiert und gefüllt mit festen Blutklumpen. Derjenige im rechten Vorhofe liegt der Wand direkt an der Öffnung der Vena cava superior an, fest organisiert und in Verbindung mit der Aurikelwand. Der Blutklumpen füllt den Vorhof vollkommen aus und erstreckt sich in den rechten Ventrikel und die Pulmonalarterie. Myokard ist dünn, von fahlgelber Farbe. Klappen normal.

4) J. A. Harrar (Neuyork). Mortalität der Mütter bei 3200 Hausgeburten.

Die Zahlen betreffen poliklinische Geburten des genannten Hospitals in dem unteren Osten und Westen von New York, dem ärmsten und gleichzeitig bevölkertsten und schmutzigsten Teile dieser Stadt nicht nur, sondern, wie Verf. meint, der ganzen Welt.

Die Mortalität betrug 114 Fälle = 0,357%, d. h. 1 Todesfall auf 280 Geburten, darin eingeschlossen sind die ins Hospital verlegten und nachher verstorbenen Frauen. Ohne diese kommt nur 1 Todesfall auf 344 Entbindungen.

Die häufigsten Todesursachen waren Sepsis, Uterusruptur, Eklampsie und Placenta praevia.

An Sepsis starben 27 Frauen oder 1:1200. Die Zahl erklärt Verf. durch die unglaublichen Verhältnisse in den Wohnungen und die häufige Mitwirkung der »allgegenwärtigen« Hebammen.

15 Frauen starben infolge von Uterusruptur, 5 bei innerer Wendung, 1, bei der im Jahre vorher Cervixamputation gemacht worden war, bei Forceps. Bei 2 anderen Frauen wurde die Uterusruptur auf heftigen Fall mehrere Tage vor der Geburt zurückgeführt.

13 Todesfälle nach Eklampsie; diese kam 50mal in der Serie vor, mit 26% Mortalität.

4mal war Placenta praevia die Ursache des Todes.

Außer diesen 68 Fällen war die Ursache des Todes 6mal Lobarpneumonie, 5mal Nachblutung, 4mal vorzeitige Lösung der Placenta, je 4mal chronische Endokartitis, Phthise, Chok, Urämie, je 3mal Pulmonalödem und Embolie und Thrombose, 2mal toxische Albuminurie und puerperale Toxämie, je 1mal Chloroform, Karzinom und Erysipel.

3 Frauen starben nach Sectio caesarea.

5) A. B. Davis (Neuyork). Vulvahämatom nach normaler Geburt.

6 Stunden nach spontaner, mit kleinem Dammriß einhergehender Entbindung, erst geringere, dann stärkere Blutung, die nach mehrfacher Tamponade durch den Hausarzt Einlieferung in das Hospital bedingte. Akute Anämie, kindskopfgroßer, das linke Labium und die Nachbarschaft einnehmender bläulich durscheinender Tumor. Inzision: $1^1/_2$ l Blutklumpen entleert. Die geringe, zurzeit bestehende Blutung mit Tamponade beherrscht. Frau war 19jährige Ipara.

6) J. W. Marcoe und A. B. Davis (New York). 41 Fälle von Sectio caesarea.

Verff. vertreten die Ansicht, daß die Indikationen für die Sectio caesarea weiter gezogen werden müßten, als gemeinhin geschehe, z. B. für Placenta praevia, Eklampsie bei alten Erstgebärenden, wo infolge des Alters oder aus anderen Gründen der Geburtskanal unerweiterbar ist, und daß die Resultate besser sein würden als bei vielen Fällen von hoher Zange, Symphyseotomie, Hebotomie und ähnlichen Operationen.

Der Uterus wird durch medianen Längsschnitt eröffnet; wird dabei die Placenta getroffen, so wird sie entweder direkt mit dem Messer durchtrennt oder stumpf durchdrungen, um zuerst das Kind zu entwickeln.

Die Uteruswunde wird durch tiefe Catgutknopfnähte in 2 cm Zwischenräumen und oberflächlicher fortlaufender Catgutperitonealnaht geschlossen.

6 Todesfälle. 4 von der Gesamtserie wurden in den ärmlichen Wohnungen der Frauen selbst vorgenommen. Von den 6 gestorbenen waren 3 bei Beginn der Operation septisch; 1 starb infolge akuter Exarzerbation einer chronischen parenchymatösen Nephritis während der Geburt. 1 infolge des Choks nach der an die

Sektio angeschlossenen Hysterektomie. 1 infolge von Peritonitis. Die Infektion fand statt infolge Aufgehens einer Uterusnaht.

19 Fälle sind schon durch Davis in der Dezembernummer 1905 desselben Blattes veröffentlicht; die neuen sind folgende:

XX. 39jährige Farbige, XIpara, alle Geburten leicht, kein Abort. Bei der Einlieferung Wehen. Während der Gravidität Blutungen. Cervixkarzinom, deshalb Sectio caesarea. Totes mazeriertes Kind, 3550 g. Heilung.

XXI. 25jährige Russin, Ipara, 135 cm groß; Beckenmaße: Sp. 23, Cr. 26, Conj. ext. 19, Conj. diag. 10, Conj. vera 8,50, Conj. ext. obl. rechts 21, links 21 cm. Eingeliefert in Wehen. Sectio caesarea. Placenta getroffen, Inzision durch dieselbe. Lebendes Kind. 8 Tage p. op. Exitus, doppelseitige Lobularpneumonie, Peritonitis.

XXII. 24jährige IIpara, Österreicherin, 147 cm groß; Beckenmaße: Sp. 19, Cr. 24, Conj. ext. 19, Conj. diag. 9,5, Conj. vera 8, Conj. ext. obl. rechts 21, links 20 cm. Sectio caesarea. Zipfel der Placenta getroffen. Lebendes Kind, 3208 g. Leicht fieberhafte Rekonvaleszenz. 29 Tage p. op. entlassen.

XXIII. 30jährige IIIpara, Deutsche, erstes Kind tot geboren, Frühgeburt, zweites ebenso, instrumentelle Entbindung, 145 cm groß; Beckenmaße: Sp. 23, Cr. 25, Conj. ext. 18, Conj. diag. 10,4, Conj. vera $8^1/_2$, Conj. obl. rechts 21, links 21 cm. Sectio caesarea. Oberer Rand der Placenta getroffen. Lebendes Kind, 2600 g. Bis 7. und 9. Tag hohes Fieber, Kulturen von der Vagina zeigen Staphylokokkus pyogenes aureus und coli. Heilung. 27 Tage p. op. entlassen.

XXIV. 43jährige IXpara, Italienerin. Seit 1 Monat vaginale Blutungen. An der rechten Seite der Cervix großer, leicht blutender Tumor. Wehen bei der Aufnahme. Sectio caesarea und Hysterektomie. Exitus unmittelbar im Anschluß an die Operation. Kind 1075 g. Tod 2 Monate später.

XXV. 23jährige Ipara, 149 cm groß; Beckenmaße: Sp. $22^1/_2$, Cr. 24, Conj. ext. 17, Conj. obl. ext. rechts 19, links 20,5, Conj. diag. 11,5, Conj. vera 9,5 cm. Naegel'sches Becken. Da nach 24stündiger Wehentätigkeit der Kopf nicht ins Becken eingetreten war, Sectio caesarea. Lebendes Kind, 3075 g. 26 Tage p. op. entlassen.

XXVI. 17jährige Ipara, 160 cm groß; Beckenmaße: Sp. 20,5, Cr. 24, Conj. ext. 20, Conj. diag. nicht zu erreichen. Becken von männlichem Typ, seitlich abgeflacht, anterior, posterior. Durchmesser vergrößert. Einleitung der Geburt durch Bougies. Sectio caesarea. Lebendes Kind, 4000 g. Am 5. Tage 104° F. Eiterung der Abdominalwunde, faulige Lochien. 35 Tage p. op. entlassen.

XXVII. 24jährige IIIpara. Keine Menses seit letzter Geburt. Sectio caesarea vor 10 Monaten. Uterusgröße von ausgetragener Schwangerschaft. Größe 147 cm. Beckenmaße: Sp. 19, Cr. 24, Conj. ext. 19, Conj. diag. 9,5, Conj. vera 8, Conj. ext. obl. rechts 21, links 20 cm. Sectio caesarea. Alte Narbe im Uterus nicht zu erkennen. Beträchtlicher Hydramnios. Fötus $7^1/_2$ Monate, 1900 g. Tod nach 2 Tagen. Mutter 19 Tage p. op. entlassen.

XXVIII. 30jährige Ipara, Farbige, Größe 154 cm; Beckenmaße: Sp. 21, Cr. 23, Conj. ext. 18, Conj. diag., vera nicht zu erreichen, Conj. ext. obl. rechts 21, links 20,5 cm. Verengerung im Beckenausgang und schrägen Durchmesser. Sectio caesarea. Lebendes Kind, 3100 g. 21 Tage p. op. entlassen.

XXIX. 42jährige XIpara. Hat in den letzten Jahren unter dürftigen Ernährungsbedingungen schwer arbeiten müssen, wurde sehr schwach, hatte Schmerzen in Rücken, Thorax und Beinen, und konnte nicht mehr gehen. Osteomalakie. Größe 134,50 cm. Beckenmaße: Sp. 24,5, Cr. 27,5, Conj. ext. 19,5, Conj. diag. 10, Conj. vera 8, Conj. ext. obl. rechts 21,5, links 22 cm. Verengter Beckenein- und ausgang. 7 normale Geburten, 2 Frühgeburten, 1 Abort. Seit der letzten Geburt vor 3 Jahren die beschriebenen Beschwerden. Sectio caesarea durch das Zentrum der Placenta. Lebendes, aber unreifes Kind; Tod 2 Tage p. p. Mutter 35 Tage p. op. geheilt entlassen.

XXX. 38jährige Vpara. 4 Geburten instrumentell beendigt, davon 2 Kinder tot intra part., von den lebenden 1 idiotisch und mißgebildet. Größe 162 cm.

Beckenmaße: Sp. 22, Cr. 29, Conj. ext. 20,50, Conj. diag. 10,5, Conj. vera 9, Conj. ext. obl. rechts 21,50, links 21,50 cm. Nach 4tägiger Wehentätigkeit Kopf nicht ins Becken eingetreten. Sectio caesarea. Starke Blutung der Uteruswunde. Eiterung der Abdominalwunde, stinkende Lochien, hohes Fieber. Am 29. Tag p. op. geheilt entlassen. Lebendes Kind, 2550 g.

XXXI. 28jährige Vpara, Russin. Conj. vera 8 cm. Sectio caesarea. In der Konvaleszenz Retention der Lochien, durch Katheter beträchtliche Menge entfernt. Nach vorübergehendem Wohlbefinden und Aufsein Übelbefinden, so daß sie schließlich in ein anderes Hospital verlegt werden mußte (?). Lebendes Kind, 3150 g.

XXXII. 25jährige Ipara, Russin, Größe 135 cm; Beckenmaße: Sp. 21, Cr. 23,5, Conj. ext. 17, Conj. diag. 9, Conj. vera 7,5, Conj. ext. obl. rechts 19, links 17,5 cm. Sectio caes. Lebendes Kind, 3350 g. Fieberhafte Bronchitis. 21 Tage p. op. entlassen.

XXXIII. 34jährige Ipara, Polin, 128 cm groß; Conj. ext. 15, Sp. 24, Cr. 25,5, Conj. ext. obl. rechts 20,5, links 20,5. Conj. diag. 10,25, Conj. vera 7 cm. Kyphose, gerades Sakrum. Sectio caesarea in der Wohnung der Frau nach Wehenbeginn. Unterer Teil der Placenta getroffen. Lebendes Kind. Fieberhafte Bronchitis. Heilung nach 30 Tagen.

XXXIV.. 24jährige Ipara, Russin, mit Krämpfen eingeliefert, 159 cm groß. Sp. 24, Cr. 27,5, Conj. ext. 19, Conj. diag. 10,5, Conj. vera 9, Conj. ext. obl. 21,5 cm beiderseits. Lebendes Kind, wegen hoffnungslosem Zustand der Mutter Sectio caesarea. Lebendes Kind, 3250 g. Urin der Mutter erstarrte beim Kochen, massenhafte Zylinder. Tod 9 Stunden nach Aufnahme. Sektion: Massenhafte subkapsuläre Hämorrhagien. Allgemeine parenchymatöse Degeneration infolge akuter Toxämie.

XXXV. 35jährige VIpara. Alle Geburten instrumentell beendigt, Kinder tot geboren. Jetzt in der Schwangerschaft viel Erbrechen. Größe 151 cm. Beckenmaße: Sp. 24, Cr. 30, Conj. ext. 21,50, Conj. diag. 10,50, Conj. vera 8,75, Conj. obl. rechts 21,50, links 22 cm. Männliches Becken. Sectio caesarea. Lebendes Kind, 3300 g. Akute Bronchitis, fast ständiges Erbrechen, Rektalernährung. Enorme Dilatation des Magens. Verschiedene Abszesse an den verschiedensten Körperstellen mußten gespalten werden. 46 Tage p. op. entlassen.

XXXVI. 28jährige IIIpara, Engländerin. 1 Abort, 1 künstliche Frühgeburt, 7 Monatskind, lebte nur 3 Stunden. Größe 143 cm. Beckenmaße: Sp. 21, Conj. ext. 17,5, Conj. diag. 10, Conj. vera 8,5, Conj. ext. obl. rechts 21,5, links 21 cm. Sectio caesarea. Placenta voll getroffen. Lebendes Kind, 3650 g. 19 Tage p. op. entlassen.

XXXVII. 24jährige Ipara. In der Schwangerschaft starke Kopfschmerzen und Konstipation. Größe 155 cm. Sp. 23, Cr. 29, Conj. ext. 18, Conj. diag. 10,5, Conj. vera 8,5, Conj. ext. obl. 22,5 cm beiderseits. Nach 24stündiger Wehentätigkeit und hohem Zangenversuche Sectio caesarea. Lebendes Kind, 2100 g. Tod bald. In der Konvaleszenz 2mal 101° F. 23 Tage p. op. entlassen.

XXXVIII. 22jährige IIIpara, Größe 151 cm; Beckenmaße: Sp. 21, Cr. 24,5, Conj. ext. 18, Conj. diag. 10,75, Conj. vera 8,75, Conj. ext. obl. rechts 24,5, links 23 cm. Kopf und beide Füße im Beckeneingange. Placenta praevia partialis. Sectio caesarea. Lebendes Kind, 2900 g. 29 Tage p. op. entlassen.

XXXIX. 29jährige IIpara. Erstes Kind totgeboren nach instrumenteller Entbindung, wobei »schreckliche« Verletzung der Vagina und des Perineums. Beckenmaße: Sp. 21,5, Cr. 28, Conj. ext. 20 cm, Conj. vera konnte infolge Atresie der Vagina nicht bestimmt werden, Conj. ext. obl. rechts 21, links 22 cm. In Narkose Spaltung der Vaginalnarben und Erweiterung, bis Finger die Cervix erreichen konnte. Tamponade, 3 Stunden später Sectio caesarea. Lebendes Kind, 3100 g. 25 Tage p. op. entlassen.

XL. 22jährige Ipara, 145 cm groß; Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 30, Conj. ext. 19,5, Conj. ext. obl. 23, Conj. diag. 10, Conj. vera 8 cm. Rachitisches, plattes Becken. 8förmiger Beckeneingang. Nach 34stündiger Wehentätigkeit Kopf noch über Becken. Sectio caesarea im Hause, starke Blutung. Lebendes Kind, 3200 g. Heilung am 16. Tage p. op.

XLI. 22jährige Ipara, Größe 157 cm; Beckenmaße: Sp. 23,5, Cr. 28, Conj. ext. 20,5, Conj. diag. 12, Conj. vera 10, Conj. ext. obl. 22 cm. Gesichtslage. Blase gesprungen. Starke Wehen, Kontraktionsring. Sectio caesarea. Lebendes Kind, 3525 g. Heilung.

7) R. W. Lobenstine (Neuyork). Ein ungewöhnlicher Fall von Schwangerschaftstoxämie.

Multipare, 7 Monate schwanger. Vor 5 Tagen plötzlich heftige Kopfschmerzen und Erbrechen. Seit 2 Tagen Schmerzen und Steifheit im Nacken, dann komatös mit erhaltener Schluckfähigkeit.

Bei der Aufnahme semikomatös. Geringes Ödem des Gesichtes und der Beine. Lichtscheu. Intermittierende Ungleichheit der Pupillen mit deutlichem Strabismus ext. Ausgesprochene Rigidität des Nackens, aktive und passive Bewegungen des Kopfes sehr schmerzhaft. Puls normal. Abdomen: Graviditas mens. VII. Urin: Spur Albumin, 1% Harnstoff, wenige Zylinder. Blut: 23000 Leukocyten.

Diagnose: Schwangerschaftstoxämie mit ungewöhnlichen Symptomen. Behandlung: Gründliche Darmentleerung, Milchdiät, Eis auf Kopf. Brom.

Lumbalpunktion negativ, ebenso Blutkultur. Augenuntersuchung: geringes Ödem der Papille, kleine Hämorrhagien der Retina.

Erbrechen hört sofort auf, daher reichliche Nahrungsaufnahme, Bewußtsein nach 3 Tagen klarer, nach 6 Tagen ganz normal. Allmählich schwinden die Symptome alle, am längsten besteht Kopfschmerz (14 Tage lang), wiederholte Spinalkulturen negativ. Völlige Heilung. Am richtigen Termin spontane leichte Geburt eines kräftigen Kindes.

Urinuntersuchung während des toxämischen Zustandes und einige Wochen später kurz vor der Geburt: Total-N 6,694 resp. 11,374 g, Total-N ausgeschieden als Harnstoff 14,318 resp. 24,328 g, Total-Harnstoff 11,025 resp. 20,192 g, Total-Ammoniak 1,08 resp. 0,880 g. Azeton positiv und Indikan reichlich bei der ersten, fehlend bei der zweiten Untersuchung. Beide Male Spur Albumin.

8) R. M. Therson (Neuyork). Abort und Empyem nach Lobarpneumonie.

33jährige IXpara. Vor 2 Wochen Husten, starken Auswurf und hohes Fieber. Vor 2 Tagen Abort mens. VI. Seitdem starke Schmerzen in der rechten Brustseite. Bronchitis über beiden Lungen, Hepatisation über dem linken Oberlappen. Herzaktion schwach und unregelmäßig. Abdomen ohne Besonderheiten. Allgemeinzustand sehr elend, Cyanose, Dyspnoe, Temperatur 101,4° F, Puls 160, Respiration 44. Blut: Erythrocyten 2110000, Leukocyten 11000, Hämoglobin 40%. Blutkultur negativ. Stimulantien, »geölte seidene Pneumonielacke«, Lagerung im Solarium. 7 Tage später Diagnose auf Flüssigkeit in der linken Pleurahöhle. Probepunktion negativ. 26 Tage später nach mehrfacher erfolgloser Probepunktion Eiter aspiriert und wegen bedrohlicher Symptome Eröffnung des Empyems, 1000 ccm Eiter. Drainage. Vollkommene Heilung. Starke Gewichtszunahme, Hämoglobin 70%. Wiederholte, spätere Untersuchung: außer verdickter Pleura und Narbe nichts Pathologisches an den Lungen. Verf. hält, wie bei allen septischen Erkrankungen, neben der lokalen und Allgemeinbehandlung die offene Luftbehandlung für einen äußerst wichtigen Heilfaktor in diesem Falle.

Verf. sah 6 andere Fälle von Empyem nach Abort, wovon 4 starben.

Eversmann (London).

Verschiedenes.

4) H. T. Hicks und J. H. Targett (London). Zwei Fälle von malignem Embryom des Eierstockes.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1905. August.)

Der eine Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, die den Tag vor der Aufnahme ins Krankenhaus plötzlich von heftigen Schmerzen im Unterleib ergriffen wurde.

Vorher war sie gesund, aber schwächlich und zart gewesen. Einmal waren die Menses eingetreten. Es wurde die Diagnose auf Peritonitis, bedingt durch Stieltorsion bei einem Ovarientumor gestellt. Bei der Operation zeigte sich ein schwarzer Tumor mit starken Verwachsungen, der bei der Inzision eine Masse halbfester, nekrotischer Fetzen entleerte. Glatte Heilung. Die Kranke blieb 4 Monate gesund, dann traten wieder Schmerzen auf, Ascites und starke Abmagerung, dabei ließ sich von neuem eine Geschwulst feststellen. Dieselbe zeigte ausgedehnte Verwachsungen, besonders mit der Beckenwand, so daß von einer Entfernung Abstand genommen wurde. Exitus nach wiederholter Punktion des Abdomens.

Die zweite Geschwulst war weiß, auch auf dem Durchschnitt, und stark knotig. Jeder Knoten bestand aus einem fibrösen Kerne, von dem aus Septa nach der Peripherie zu liefen, in den Maschen des Gerüstes fand sich eine weiche Masse. In der Geschwulst fanden sich zahlreiche Cysten.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Geschwulst aus Tuben und Cysten verschiedener Art, Knötchen von Knorpel und Knochen, Epithelialpartien und einem Gerüst von fibrösem, muskulösem und fettigem Gewebe bestand. Derselbe wird eingehend beschrieben.

Der andere Fall betraf ein 4jähriges Kind. Die Geschwulst wurde ohne Schwierigkeit entfernt. Doch bildete sich rasch wieder Ascites, und nach 4 Monaten trat Exitus ein. Die Geschwulst war der oben beschriebenen ähnlich und enthielt erweichte Massen eines Spindelzellensarkoms.

Die Zahl der Fälle von malignem Embryom (Teratom) sind selten, Sänger gibt sie auf 14, Pfannenstiel auf 10 an. Verff. haben aus der Literatur 11 Fälle zusammengestellt, mit ihren 2 also 13 Fälle. **Engelmann** (Kreuznach).

5) B. Robinson. Das Bauchhirn.

(Med. Age Bd. XXIII. Nr. 14.)

Der mit guten Abbildungen ausgestattete Aufsatz beschreibt in erschöpfender, leicht verständlicher Weise die Anatomie und Physiologie des Ganglion coeliacum, dessen Wichtigkeit durch den gewählten Namen »Bauchhirn« in besonderes Licht gerückt werden soll. Mit einer Art von Begeisterung spricht der Autor von der gewaltigen Bedeutung des Organs. Es gibt weit mehr Fasern ab als es aufnimmt; gegenüber sämtlichen Baucheingeweiden besitzt es eine selbständige, übergeordnete, gegenüber dem Zerebrospinalsystem eine durchaus gleichgeordnete Stellung; nur eine Art Kontrolle wird dem letzteren zugestanden. Was das Zerebrospinalsystem für den Intellekt und die Psyche, für Bewegung und Empfindung darstellt, das bedeutet das Bauchhirn für sämtliche automatische, vegetative, unter der Bewußtseinsschwelle sich abspielende Funktionen des Körpers, ein Zentrum, das in nie rastender Tätigkeit Bewegung auslöst und im Rhythmus erhält, Sekretion und Resorption reguliert, Reflexe vermittelt, das Kaliber der Blut- und Lymphgefäße und damit den Blutdruck kontrolliert und auf dem Weg über den Beckenplexus — »Beckenhirn« nennt ihn der Verf. — auch die speziellen Funktionen des weiblichen Genitaltraktus beherrscht. Seine Selbständigkeit gegenüber dem Hirn und Rückenmark wird dadurch bewiesen, daß ohne Zerebrospinalachse geborene Kinder längere Zeit leben, und daß auch nach dem Tode einer schwangeren Frau ein lebendes Kind geboren werden kann.

Die Beziehungen des Bauchhirns zu den Eingeweiden sind oft von großer Bedeutung in der Praxis. Bei atonischen Uterusblutungen ist Kompression der Aorta empfohlen. Diese erklärt Verf. an sich für zwecklos, weil die ovariellen Anastomosen nicht ausgeschaltet würden. Trotzdem hat die Manipulation Effekt, und zwar wird durch den Druck auf den Plexus aorticus und hypogastricus das Beckenhirn erregt und einerseits das Myometrium, andererseits die Blutgefäße in stärkeren Tonus versetzt. Der Druck des Kindskopfes auf das Beckenhirn regt Wehen an und löst die Geburt aus. Der in die Vagina oder ins Rektum eingeführte Finger kann bei Wehenschwäche das leicht erreichbare Beckenhirn massieren und zur Aussendung stärkerer Energiemengen anregen. — Die Brustdrüse ist auf drei Wegen mit dem Plexus coeliacus verbunden. Daher bewirkt Reizung

der Brustwarze Kontraktionen des Uterus. Umgekehrt ist der Einfluß des wachsenden Uterus (Schwangerschaft oder Tumor) auf die Brustdrüse evident. — Ein Teelöffel voll heißer Flüssigkeit, per os genommen, regt durch Vermittlung des Plexus gastricus das Bauchhirn an, das so den Uterus zu Kontraktionen reizt.

Walbaum (Steglitz).

6) **B. A. Bobb.** Suggestionstherapie.

(Med. Age Bd. XXIII. Nr. 15.)

Verf. tritt dafür ein, daß die Ärzte sich mehr als bisher mit der Suggestionstherapie beschäftigen, die auf allen Gebieten, namentlich auch auf dem der Gynäkologie, ausgezeichnete Erfolge zeitigt. Es sei nur selten nötig, die Pat. in somnambulen oder hypnotischen Schlaf zu versetzen, meist genüge einfache Suggestion, die durch jede der bekannten Methoden zu erreichen sei. Zweckmäßig sei es, wenn die Studenten systematisch in diesem wichtigen Zweige der Therapie unterrichtet würden. Nur so könne ein Gegengewicht geschaffen werden gegen den Unfug der Pfuscher, die, ohne wissenschaftliche Grundlage ihre Kunst ausübend, Erfolge über Erfolge erzielten. — Eine Reihe von geheilten Fällen (Dysmenorrhöe, Obstipation, Schlaflosigkeit, Neurasthenie usw.) illustriert den Wert der Methode.

Walbaum (Steglitz).

7) **J. K. Kelly.** Zur Behandlung der Endometritis.

(Glasgow med. journ. 1906. Juli.)

Nachdem Verf. eine kurze Übersicht über die verschiedenen Formen, die Ätiologie, die Symptomatologie und die Folgezustände der Endometritis gegeben hat, wobei neue Gesichtspunkte nicht aufgestellt werden, empfiehlt er in leichten Fällen, namentlich beim Bestehen von Allgemeinleiden, die Vermeidung jeglicher lokalen Therapie oder höchstens die Anwendung nicht reizender vaginaler Spülungen. In ernsteren Fällen dagegen, in denen die Gefahr eines Fortschreitens auf die Tuben droht, soll die örtliche Behandlung möglichst früh ins Werk gesetzt werden, und zwar ausschließlich in Form einer Auskratzung mit stumpfer Curette und einer sich anschließenden antiseptischen Spülung. Jede Ätzung — chemisch oder thermisch — ist zu vermeiden. Der Auskratzung hat vielfach eine Erweiterung der Cervix vorauszugehen. — Die Methode ist absolut ungefährlich, Verletzungen der Wand oder gar Perforationen sind so gut wie unmöglich. Der Effekt des Verfahrens ist ein glänzender; wo es im Stiche läßt, liegt die Ursache der Endometritis tiefer, sie ist keine selbständige Erkrankung, sondern nur das Symptom einer solchen. **Walbaum** (Steglitz).

8) **Dartigues et Caraven** (Paris). Nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo- ovarienne. (Travail du service du professeur Pozzi.)

(Presse méd. 1906. Nr. 28.)

Die Verff. sind der Ansicht, daß die besten Verkürzungen der runden Mutterbänder, wegen schmerzhafter Retroflexion, die intraperitonealen, ohne parietale Fixation, sind. In diesem Sinn ist auch ihre Operationsmethode erdacht worden. Dieselbe besteht darin, daß nach Eröffnung der Bauchhöhle der Uterus mit einer eigenen Zange, Hysterolab genannt, schonend gefaßt und nach vorn gezogen wird, hierauf mit einer hämostatischen Pinzette das Lig. latum in jenem Winkel durchbohrt, welchen der Uterusrand mit dem Eileiter und dem Lig. utero-ovarium bildet. Die derart eingeführte Zange faßt vorsichtig das runde Mutterband mitsamt seiner Peritonealfalte, etwa 3 cm weit von dem Uterushorn und zieht dasselbe in einer Schlinge nach rückwärts. Auf dieselbe Weise wird auch auf der anderen Seite eine Mutterbandschlinge nach hinten gezogen und dieselbe durch eine Catgutschlinge vereinigt. Die eigentliche Operation ist hierdurch beendet, und man hat nun nur noch die Bauchhöhle zu schließen.

Diese Operationsmethode zeichnet sich durch Einfachheit, Raschheit und das Vermeiden irgenwelcher Blutung aus; die Gebärmutter wird nicht nur gehoben, sondern auch gestützt und in der richtigen Stellung erhalten. **E. Toff** (Braila).

9) **Hendrix.** Ein Fall von Menstruatio praecox.

(Policlinique 1906. Januar.)

Verf. beobachtete ein 3jähriges Mädchen, welches seit seinem 8. Monate menstruiert war. Die Blutungen traten ganz regelmäßig ein, nur im Anfange betrugen die Intervalle 3 Monate. Sie dauerten 3 Tage, der Blutverlust war mäßig, das Blut koaguliert. Das Kind schien unter diesem Zustande nicht zu leiden. Es war gut entwickelt, ohne irgendwelche Krankheitssymptome, nur daß es an den unteren Gliedmaßen Zeichen von Rachitis aufwies. Die Brüste begannen Gestalt anzunehmen, ihre Warzen waren gut ausgebildet. **E. Runge** (Berlin).

10) **V. Riche.** Cyste der kleinen Schamlippe.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Oktober.)

45jährige Frau bemerkte vor 5 Jahren an der linken kleinen Schamlippe eine Geschwulst entstehen, die sich allmählich vergrößerte. Zurzeit ist der Tumor über mandelgroß; fast die ganze kleine Schamlippe ist in ihm aufgegangen. Er ist druckschmerzhaft, fluktuierend, nicht gestielt. Nach seiner Exstirpation erweist er sich als eine einkammerige Cyste, die mit einer gelblichen Flüssigkeit erfüllt ist, und in die zwei oder drei kleine, cystische Bildungen hineinragen. Mikroskopisch zeigte sich die Cyste von einem einschichtigen Zylinderepithel ausgekleidet, mit an der Basis stehenden Kernen, die direkt entzündetem Bindegewebe aufsitzen. Die kleinen Cysten besitzen dieselbe Wandauskleidung. Verf. hält es mit Bosc nicht für unmöglich, daß diese Cysten ihren Ursprung von einem Blindsack nehmen, der aus jungen Talgdrüsenzellen Malpighi'schen Ursprunges entstanden ist.

E. Runge (Berlin).

11) **J. Bäcker** und **K. Minich** (Budapest). Fall von Sarcoma hydropicum papillare.

(Szülészet és Nögyógyászat 1904. Nr. 2.)

Frau E. J. gebar in ihrem 25. Jahre zum dritten Mal im Jahre 1888. Die angewachsene Placenta mußte manuell entfernt werden. Im Jahre 1897 starker Fluß, Schmerzen. In der Cervix typisches Bild der follikularen Hypertrophie. Amputation. 1900 akquirierte Pat. eine Gonorrhoea und dabei noch eine Appendicitis. Es entwickelten sich Adnextumoren und Exsudate. Im Jahre 1902 entstand aus der vorderen Wand des Cervixstumpfes eine kindsfaustgroße polypöse Geschwulst, welche entfernt wird. Nachdem im Jahre 1903 mehrere Male dieselben Gebilde abgetragen werden mußten, wurde die Totalexstirpation (sehr schwer wegen den Verwachsungen) ausgeführt. Die mikroskopische Untersuchung der polypösen Gebilde ergab Granulationsgewebe. Nach Exstirpation des Uterus untersucht, ergab sich das Bild des Sarcoma hydropicum papillare. An der hinteren Wand des Uterus befand sich ein prominierendes Gebilde, dessen Bild dasselbe war. 4 Monate nach der Operation traten Rezidive auf. 8 Monate post oper. trat der Tod ein.

Temesváry (Budapest).

12) **M. Falta** (Szeged). Zusammenhang zwischen Nase und weiblichen Genitalorganen.

(Gyógyászat 1905. Nr. 44.)

Verf. bespricht den Zusammenhang zwischen Nase und weiblichen Genitalorganen im Anschluß an 10 eigene beobachtete Fälle und ist der Ansicht, daß ein Zusammenhang zweifellos vorhanden sei. (Anteponierende Menses bei Kauterisation der Nasenmuschel, Zessieren der Schmerzen, Auftreten der Blutung bei Amenorrhoea) und warnt vor einer Behandlung der Nase während der Schwangerschaft. **Temesváry** (Budapest).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 47. Sonnabend, den 24. November. 1906.

Inhalt.

I.

Kolpeurynter oder Messer? Ein Fall von Uterusinversion puerperalen Ursprunges.

Berichtet von

Fr. v. Neugebauer in Warschau.

Am 4. März 1906 trat in meine Hospitalabteilung, von Kollegen Kołudzki zugewiesen, die 19jährige Patientin K., seit 1 Jahre verheiratet, ein und erklärte, sie sei krank seit ihrer vor kurzem erledigten ersten Entbindung. Am 3. Dezember 1905 Spontangeburt eines ausgetragenen lebenden Kindes. Da der Hebamme die Ausstoßung der Nachgeburt zu lange dauerte, so begann sie zu »helfen« durch Zug an der Nabelschnur und Druck von oben. Wie lange diese Manipulation gedauert hat, vermag Pat. nicht anzugeben, sie weiß nur, daß die Hebamme die Hand in die Geburtsteile eingeführt hat und stark zog. Plötzlich schrie die Gebärende vor Schmerz auf, es wurde ihr schwarz vor den Augen, und sie verlor die Besinnung. Es war eine totale Umstülpung der Gebärmutter erfolgt, die Hebamme löste unter starker Blutung die Nachgeburt ab. Wie lange die Ohnmacht angedauert hat, weiß Pat. nicht anzugeben. Wegen kolossaler Schwäche wurde bald ein Arzt geholt, der jedoch, als er erfuhr, die Nachgeburt sei schon beseitigt, gar keine Untersuchung vornahm, sondern nur Tropfen verordnete. Ein

anderer Arzt, 2 Wochen post partum geholt, konstatierte einen Uterustumor. Der Gatte der Kranken bezweifelte einen solchen Befund. »Herr Doktor, das kann doch nicht sein. Binnen 14 Tagen seit der Geburt kann doch ein so großes Gewächs nicht entstanden sein, hätte aber meine Frau ein solches Gewächs schon vor der Geburt gehabt, so hätte sie doch das Kind nicht lebend ohne Hilfe geboren.« Der Arzt soll diese Deduktion anerkannt haben. 4 Wochen post partum ging die Wöchnerin zu Dr. Buchowiecki, der sofort eine Uterusinversion erkannte und gleich Herrn Dr. Kołudzki riet, nach Warschau ins Evangelische Hospital zu reisen. Soviel von der Anamnese, die lediglich auf den Aussagen der Kranken und ihres Gatten beruht.

Die Pat. kam im Zustande einer so bedeutenden Anämie in die Ambulanz, daß ich unwillkürlich zu meinen Assistenten sagte: Placenta praevia oder Uterusinversion? Die Untersuchung ergab denn auch die Gebärmutterumstülpung. Gleich nach Aufnahme begann ich mit subkutanen Einspritzungen von Natrium kakodylicum in der üblichen Lösung und Einspritzungen von Kochsalzlösungen. Letztere wollte sich jedoch Pat. wegen Schmerzhaftigkeit nicht lange gefallen lassen. In Knie-Ellenbogenlage, nach Einführung von Kristeller's Rinnenspekulum, präsentierte sich der invertierte Uterus als weicher samtroter Tumor von der Größe eines mittelgroßen Apfels mit runzeliger leicht blutender Oberfläche. Man sah beide Tubenmündungen. Ich führte in eine derselben eine feine Sonde ohne Schwierigkeiten ein. Der gestielt erscheinende Tumor war von einem wenig erhabenen ringförmigen Walle, dem Muttermund in der Tiefe der Scheide umgeben, eine Sonde wies zwischen Tumorstiel und ringförmigem Wall eine Rinne von etwa 1 cm Tiefe auf mit unbedeutendem Tiefenunterschiede vorn und hinten. Bei der Untersuchung in der gewöhnlichen Rückenlage mit bauchwärts flektierten Schenkeln suchte man vergeblich nach einem Fundus uteri, fand statt dessen leicht einen Inversionstrichter, an dem man sogar angesichts der äußerst dünnen Bauchdecken einen Finger in eine Art Delle eindrücken konnte. Die Diagnose war also äußerst einfach. Persönlich interessierte mich besonders, daß die Wände der invertierten Gebärmutter ödematös aufgequollen erschienen. (Ich hatte schon bei einer früheren Beobachtung den Eindruck gewonnen, daß gerade dieses Stauungsödem der Uterinwand dem Redressement den meisten Widerstand entgegensetzt.) Die Anamnese ergab, daß die Kranke binnen der drei seit der Entbindung verflossenen Monate mit kurzen Unterbrechungen mehr oder weniger stark geblutet hat, womit ihre gegenwärtige Anämie (wachsbleiche, durchscheinende Ohren usw.) erklärt ist. Pat. soll bisher nicht gefiebert haben.

Gemäß der konservativen Richtung in der Behandlung der Uterusinversion versuchte ich zunächst die hydrostatische Kolpeurynterbehandlung, welche jedoch dadurch sehr erschwert wurde, daß Pat. einen größeren Druck nicht vertrug — schon bei 350 g Flüssigkeit im Kolpeurynter gab es Ächzen und Tränen —, ferner entstand schon nach 2 Tagen nach Anlegung — trotz täglichen Waschens und aller antiseptischen Kautelen — oberflächlicher Decubitus mit subfebrilen Temperaturen. Der Kolpeurynter wurde jedesmal gekocht und mit steriler Gaze umgeben, mit Mikulicz-Salbe bestrichen eingelegt und lag 6—12 Stunden, manchmal etwas länger in situ. So oft die Kranke zu starken Blasendruck empfand, ließ sie selbst etwas Flüssigkeit aus dem Kolpeurynter auslaufen. Die Kranke vertrug jedoch die hydrostatische Behandlung absolut nicht, klagte sofort nach Füllung über Schmerz, und zwar behauptete sie konstant, der Kolpeurynter drücke sie links, nur dort habe sie Schmerzen. Da keine Adnexerkrankung zu konstatieren war, blieb mir die Ursache dieses Schmerzes dunkel. Erst nachträglich fand ich in der Bearbeitung der Uterusinversion durch Richard v. Braun-Fernwald (Handbuch der Geburtshilfe, herausgegeben von F. v. Winckel, III. Band, II. Teil) eine Bemerkung, die in dieser Beziehung vielleicht eine Erklärung gibt. Es heißt dort: »Kesmarsky hielt in einem Falle, in dem die Inversion 4 Monate post partum zur Behandlung kam und die Kolpeuryse, durch 16 Tage wiederholt, vergeblich war, die Beweglichkeit des Uterus nach seitwärts, so daß dadurch der eingelegte Kolpeurynter nicht in der entsprechenden Weise auf den Fundus uteri drücken

konnte, für den Grund des Mißerfolges. Nach Tamponade des Scheidengewölbes mit Jodoformgaze und dann angewendeter Kolpeuryse gelang die Reduktion.« Bei meiner Pat. traten stets schon nach 2tägiger Anwendung des täglich neu eingelegten Kolpeurynters oberflächliche Decubituserscheinungen sowohl am Uterus als auch an den Scheidenwänden auf, mit Temperatursteigerung. Diese geringe Vitalität der Schleimhäute bezog ich auf die Unterernährung angesichts der kolossalen Anämie, trotz der reichlich angewandten Roborantien (Eiern, Arsenik usw.). Auch fanden oft stärkere Blutungen statt, besonders zweimal waren dieselben beunruhigend (Menstruation?). Das schlechte Allgemeinbefinden wirkte auch sehr nachteilig auf den Seelenzustand der jungen Frau, sie war stets in Tränen gebadet und die Behandlung eine äußerst schwierige.

Nachdem wir uns 2 Monate lang mit mehrfachen fortgesetzten Kolpeurynterbehandlungen abgeplagt hatten, und wieder ein neuer starker Blutverlust bei der zu erwartenden nächsten Periode zu erwarten stand, entschloß ich mich zu einem operativen Eingriffe. Der Gatte der Pat. wollte zunächst nichts davon wissen, gab aber endlich auf das Bitten seiner Frau hin die Operation zu.

Viele Autoren, darunter Küstner, erwähnen ausdrücklich, solange keine Anzeichen von Pelveoperitonitis auftreten, könne man interkurrente Fiebererscheinungen bei der Kolpeurynterbehandlung zum Teile lange ansehen, sie seien bedingt teils durch Resorption von der nackten Uterusinnenfläche, teils durch salpingitische und oophoritische Prozesse. Es könne sehr schwer sein zu entscheiden, wie lange man trotz derartiger Erscheinungen die Kolpeuryse fortsetzen soll (Handbuch der Gynäkologie, herausgegeben von Veit I. Bd., in Küstner's Arbeit p. 221). Ich füge noch hinzu, daß ich Kolpeuryter verschiedener Gestalt versuchte, den Kocks'schen Kegeltrichter-Kolpeurynter konnte ich in Warschau nicht ausfindig machen.

Die Frage der Uterusinversion hat in der polnischen Literatur mehrmals eine eingehende Bearbeitung erfahren, zunächst durch meinen verstorbenen Vater (Medycyna 1886, Nr. 2—7), der an einen eigenen Fall anschließend, eine eingehende Zusammenstellung der Geschichte, Kasuistik und Bibliographie lieferte und der noch am Tage vor seinem plötzlichen Dahinscheiden einen Vortrag über die hydrostatische Behandlung der Inversion hielt in der gynäkologischen Sektion des internationalen medizinischen Kongresses in Berlin (siehe Zentralblatt für Gynäkologie 1890). 1895 bearbeitete ich den Stoff monographisch in dem Bande Geburtshilfe und Gynäkologie der von Drasche herausgegebenen Bibliothek der gesamten medizinischen Wissenschaften. Die Redaktion strich damals das ausführliche Literaturverzeichnis, welches ich mit eingeliefert hatte, leider ohne mir wenigstens das Manuskript zurückzugeben. 1904 bearbeiteten Karczewski und Koronkiewicz die Frage mit Kritik der einzelnen therapeutischen Maßnahmen. Wie bekannt begann eine neue Ära in der Operationsbehandlung der Uterusinversion, seit Küstner 1893 das von ihm ingeniös ersonnene Verfahren der temporären teilweisen Längsspaltung der hinteren Uterinwand veröffentlichte, auf dessen Einzelheiten ich hier nicht erst einzugehen brauche (bemerke nur beiläufig, daß trotz glänzenden Resultates der Operation und Genesung auch diese Frau am 2. Tage + 38° C aufwies, ohne nachweisbaren Grund und ohne deletäre Folgen, zweitens, daß auch diese Kranke, ähnlich der meinigen, das Bild einer akuten Erschöpfungspsychose, namentlich auf der Basis der Anämie beruhend, darbot).

Der Hauptvorteil des Küstner'schen Verfahrens für junge Frauen ist sein konservativer Charakter gegenüber der Amputation oder Exstirpation des invertierten Uterus. Nach Spinilli soll Brown schon 10 Jahre früher ähnlich wie Küstner vorgehend operiert haben. Das Küstner'sche Verfahren bürgerte sich schnell ein und fand namentlich in dem jüngst verstorbenen Kollegen Perlis in Kijew einen eifrigen Anhänger, aber es erhoben sich auch Stimmen gegen diese Operation auf Grund von Fällen, wo dieselbe nicht zum Ziele geführt hatte, wo schließlich doch der Uterus exstirpiert werden mußte. Borelius sah sich 1898, weil die Reinversion trotz Küstner's Einschnitt nicht gelang, gezwungen, den Spaltungsschnitt bis zum eröffneten hinteren Scheidengewölbe fortzusetzen. Nachdem nahezu die gesamte hintere Uterinwand gespalten war, stülpte er eine jede Hälfte der hinteren Uterinwand so nach vorn um, daß sich die Schnittränder jetzt an der Vorderfläche begegneten, also der vorderen Vaginalwand gegenüber zu liegen kamen, während die hintere Uterinwand vor der Reinversion der hinteren Vaginalwand gegenüber gelegen hatte. Borelius vernähte nun von der Peritonealfläche aus die Schnittwunde der hinteren Uteruswand mit einer Knopfnaht in zwei Etagen, vom Fundus beginnend, schob dann den Uterus durch den Spalt im hinteren Scheidengewölbe in die Bauchhöhle und vernähte sodann das Bauchfell der Douglastasche und die Scheidenwunde. Als Essen-Moeller, schreiben Karczewski und Koronkiewicz, diese Beobachtung veröffentlichte, entstand abermals eine Prioritätskontroverse. Westermark war 1899 ähnlich vorgegangen, Duret schon 1898 und Sava schon 1895. Letzterer veröffentlichte seinen Fall 1897 und schrieb, er habe nach Piccoli's Methode operiert. Piccoli hatte erst Versuche an exstirpierten Uteri gemacht mit Spaltung der gesamten hinteren Uterinwand, und seinen Vorschlag 1894 im Kongreß in Rom kundgegeben, also 1 Jahr nach der Küstner'schen Publikation. Morisani wandte dieses Verfahren 1896 mit Erfolg an. Nach einem Zitat aus Essen-Moeller bei Karczewski und Koronkiewicz, riet Netzel 1895 ebenfalls die Längsspaltung der gesamten hinteren Uteruswand an. Josephson folgte diesem Vorschlage in einem Falle, wo Küstner's Operation nicht zum Ziele geführt hatte, jedoch erfolglos und mußte schließlich gleich Salin den Uterus exstirpieren. Mit Erfolg sollen die Spaltung der hinteren Uterinwand Graewe, Prunti und Heinricius angewandt haben. Schließlich modifizierte Küstner sein Vorgehen, nach welchem Vorgehen später auch Dienst operierte. Küstner spaltete 1900 das hintere Scheidengewölbe nicht mehr quer, sondern sagittal, begann die Spaltung der hinteren Uterinwand etwa 3 cm oberhalb des äußeren Muttermundes, gegen den Fundus hin sie fortsetzend.

In meinem Falle ging ich von vornherein plangemäß nach Piccoli vor, indem ich die Erschwerung der Reinversion sowohl in dem Stauungsödem des invertierten Corpus uteri, als in der Enge des Cervicaltrichters sah. Ich spaltete das hintere Scheidengewölbe quer und führte den Zeigefinger der linken Hand in

den Inversionstrichter ein. Zu Beginn der Operation hatte ich vorn, hinten und seitlich je eine lange Ligatur an die Muttermundslippen als Zügel angelegt statt Muzeux' Zangen, und den invertierten Uterus nach oben geschlagen. Nachdem der Finger in den Trichter eingedrungen war, schob ich auf seiner Vorderfläche ein schmales Skalpell querliegend ein, wandte dann die Schneide nach vorn und spaltete nun von der Scheidenwunde aus nach dem Fundus zu vorsichtig die hintere Uterinwand etwa 4—5 cm weit, legte dann das Messer fort, richtete den Uterus horizontal, und versuchte nun die durch den Schnitt voneinander getrennten Ränder nach vorn zu umzuklappen, so daß sie sich vorn berührten; sofort begann mein Einschnitt an seinem oberen Ende weiter einzureißen, ich verlängerte also den Einschnitt noch etwas nach dem Fundus zu, jetzt gelang das Umklappen leicht. An der etwa 4—5 mm langen Rißstelle glättete ich die Ränder mit der Schere. Als ich nun zur Vernähung der Wunde schreiten wollte — von der peritonealen Fläche aus —, zeigte sich, daß ich wohl die Ränder der Mucosa, aber nicht die der Serosa in Kontakt bringen konnte wegen bedeutendem Ektropium der Schnittränder; ich mußte also an jedem Wundrand einen Gewebsstreif der Mucosa und Muscularis resezieren, um einen passenden Kontakt ohne übermäßige Spannung zu erzielen. Jetzt war es ein Leichtes, die Uteruswunde durch einige tiefgreifende (die Mucosa nicht mitfassende) und einige oberflächliche Seidenknopfnähte zu schließen. Nunmehr reponierte ich den Uterus in das Becken und vernähte noch mit zwei Nähten die Wunde der hinteren Muttermundslippe, eine Naht von der Vagina aus, diese vom Cervicalkanal aus geknüpft. Jetzt wurde der Uterus in Anteversion gebracht, schließlich die Wunde im hinteren Scheidengewölbe durch zwei Suturen geschlossen und ein Tampon eingeführt, um das hintere Scheidengewölbe zu füllen (wenn das nicht bloß eine theoretische Spekulation sein sollte). Von Blutung sah ich während der Operation fast keine Spur, kaum mehr als einige Tropfen Blut verlor die Frau. Am 7. Tage entfernte ich die beiden cervicalen und die beiden vaginalen Nähte. Der Tampon war am 2. Tage schon entfernt worden. Prima reunio in idealster Weise. Der Uterus lag in Anteversion. Die von vielen befürchtete Retroversio fixata postoperativa war nicht eingetreten. Die Operation wurde unter strengen aseptischen Kautelen und in Gummihandschuhen ausgeführt, war technisch sehr einfach und in wenigen Minuten vollendet. Die junge Frau verließ wenige Tage nach Entfernung der Nähte das Hospital, und ist laut Nachricht vom September ganz gesund.

Es fragt sich nur, wie die Uterusnarbe bei einer erneuten Schwangerschaft standhalten wird. Die Frau hatte im ganzen 13 Wochen im Hospital gelegen, da ich mich nicht sofort zum operativen Eingriffe entschließen wollte, dessen Folgen sich vielleicht doch bei einer neuen Schwangerschaft sehr unangenehm geltend machen können. Immerhin liegt es auf der Hand, wenn schon operiert werden muß, wird man sich eher für die konservative Operation entschließen als für die Uterusexstirpation, namentlich bei einer jungen Frau.

Große Beunruhigung verursachte mir die Temperatursteigerung: die ersten 9 Tage lang, jeden Abend beinahe + 38,0° C, einmal sogar + 39,0° C. Unwillkürlich sieht man das drohende Gespenst der Infektion vor sich, und doch gab es absolute Euphorie und eine ideale Prima reunio. Hing die Temperatursteigerung von der Anämie ab, vom Zustande der unterernährten Uterusschleimhaut oder vom Darminhalt? Ich vermag auf diese Frage nicht zu antworten.

Küstner äußerte gelegentlich in einer Arbeit, die Mehrzahl der gynäkologischen Operationen werde nicht wegen momentaner Indicatio vitalis vollzogen, also wegen eines Zustandes, der, falls nicht sofort operiert wird, mit baldigem Tode drohe, also nicht wo ein Periculum

in mora quoad vitam vorliege, es dürfen also diese gynäkologischen Operationen keine Todesfälle ergeben. Theoretisch eine begründete Forderung. Es ist daher begreiflich, daß mich die vorerwähnte Temperatursteigerung beunruhigte, die mich z. B. viel weniger beunruhigt hätte bei der Operation einer vereiterten Ovarialcyste.

Die Herren Internisten, welche nie mit dem Messer in der Hand arbeiten, legen heute jede Temperatursteigerung nach einer Operation ohne weiteres dem Operateur zur Last mit dem rasch ausgesprochenen Worte: Infektion! Als ob sie selbst nicht wüßten, daß auch ohne Schuld des Operateurs so und so viele Komplikationen post operationem sich ereignen, abhängig vom Organismus des Operierten, Dekrepidität, Anämie, Diabetes usw.

Ich muß gestehen, daß ich auf einige hundert Bauchschnitte in meiner Hospitalabteilung mehrmals fieberhafte Komplikationen gesehen habe, die ohne lokalisierbare Ursache glatt abliefen. Bis heute fehlt mir eine Erklärung solcher Fälle!

Nach Karczewski und Koronkiewicz sah Wahlgren die Spaltung der ganzen hinteren Uteruswand nur für eine Modifikation der Küstner'schen Operation an. Ich stimme dem nicht bei, denn es ist doch ein grundverschiedenes Verfahren, die invertierte Gebärmutter durch den intakt bleibenden Cervicalkanal zu reinvertieren und die hintere median gespaltene Uterinwand nach vorn umzuklappen. Küstner muß nach Reinversion den Uterus aus der Bauchhöhle durch die Wunde im hinteren Scheidengewölbe herausziehen, um jetzt den Schnitt an der hinteren Uterinwand zu vernähen, bei dem Vorgehen aber von Piccoli wird sofort der Längsschnitt der hinteren Uterinwand vernäht und dann der Uterus in die Bauchhöhle reponiert. Graphisch kann man den Piccoli'schen Modus etwa so darstellen. Stellt man sich den Querschnitt des invertierten Uterus als querliegendes **0** vor, also: **o**, spaltet dann die hintere Wand in der Mitte, so wird aus dem **o** ein horizontal mit der Konkavität nach unten sehendes **C**: **∩**, stülpt man nun die Ränder der hinteren Uterinwand nach vorn um, so entsteht ein horizontal liegendes, mit der Konkavität nach oben sehendes **C**, also: **∪**, vernäht man nun den Schnitt, so entsteht wieder ein querliegendes **0**, also **o**, mit dem Unterschiede, daß es früher den Querschnitt des invertierten Uterus darstellte, jetzt aber den Querschnitt des Uterus nach beseitigter Inversion.

Während die obengenannten Operateure das hintere Scheidengewölbe quer oder sagittal eröffneten und dann die hintere Uterinwand spalteten, zog es Kehrer vor, die vordere Uterinwand ohne Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes zu spalten. Er stülpte dann den Fundus uteri ein und drängte ihn durch die Wunde der vorderen Uterinwand heraus, vernähte sodann den oberen Teil der Schnittwunde mit Nähten die am Bauchfellüberzuge geknöpft wurden, während der untere Teil der Wunde vom Cervicalkanal aus genäht werden mußte.

Spinelli zog, eine sekundäre Prädisposition zu einer Retroversion befürchtend, wenn nach Küstner oder Piccoli operiert wurde, es

vor, zunächst in Dührssen's Weise das vordere Scheidengewölbe zu öffnen, führte dann einen Zeigefinger in den Inversionstrichter ein, um jetzt die vordere Uterinwand zu spalten, vom Scheidenschnitt aus beginnend. Dann stülpte er den Uterus um und versuchte den Schnitt von der Bauchfellseite her, endlich fügte er die Dührssen'sche Vaginaefixatio uteri hinzu.

Ebenso, schreiben Karczewski und Koronkiewicz, operierte zweimal, unabhängig von Spinelli, auch Oui.

Da tatsächlich nach Spaltung der hinteren Uterinwand mehrmals eine Retroversio entstand, müßte man theoretisch Oui recht geben, meine eigene Beobachtung beweist jedoch, daß man bei entsprechendem Vorgehen eine sekundäre Retroversion vermeiden kann.

Polk und Gayet operierten auch mit Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes und der vorderen Uterinwand.

Spinelli fügte in seinem Fall eine Auskratzung der Uterusschleimhaut hinzu, was ich unterlassen habe.

Am anschaulichsten stellen sich diese Operationen dar an Plastellinmodellen, wie ich solche für einen Vortrag in der Warschauer ärztlichen Gesellschaft und in der Breslauer Gynäkologischen Gesellschaft hergestellt habe.

Persönlich habe ich auf ein Material von etwas über 52000 Kranken von 1884—1906 (Hospital- und Privatpraxis) erst 5 Fälle von Uterusinversion, und zwar ausschließlich puerperalen Ursprunges gesehen. Den ersten Fall sah ich als Assistent meines verstorbenen Vaters, der zweite betrifft eine 60jährige Frau, welche seit 36 Jahren mit der Inversion behaftet ist, aber auf keinerlei Therapie eingeht, da sie keinerlei Beschwerden empfindet. Den dritten Fall sah ich in meiner Hospitalabteilung; er wurde von meinem verstorbenen Assistenten Dr. Kraków beschrieben. Redressement erfolgte nach Kopenhagen. Der vierte Fall betrifft eine manuell beseitigte Inversio sub abortu, der letzte ist der heute beschriebene.

2mal gelang die Reinversion durch den Kolpeurynter, 1mal manuelles Redressement, 1mal Operation, 1mal keine Therapie verlangt resp. gestattet.

Das Punctum saliens des operativen Redressements ist die Frage: Wie wird eine nachfolgende Schwangerschaft und Geburt verlaufen?

II.

(Aus dem Freimaurerkrankenhaus in Hamburg.)

Ein Fall von ausgetragener Extra-uterin-Gravidität.

Von

Oberarzt Dr. **Richard Mond.**

Als Beitrag zur Kasuistik der Fälle von weit vorgeschrittener Extra-uterin-Gravidität dürfte folgende Beobachtung nicht ohne Interesse sein.

Es handelt sich um eine 30jährige Mehrgebärende, die von Ende April 1905 bis Dezember desselben Jahres ohne Periode war und sich, weil gar keine Beschwerden bestanden, für normal schwanger hielt. Kindsbewegungen seit Ende August. Anfang Januar 1906 krampfartige Schmerzen im Leib, öfters Blutabgang. Pat. nahm an, es käme zur Geburt. Die Frau fühlte sich von dieser Zeit an sehr elend, sie war fast nie ohne Schmerzen; Kindsbewegungen seit Januar nicht mehr verspürt. Öfters stellten sich jetzt Schüttelfröste ein, die Temperatur soll erhöht gewesen sein. Monatelang schleppte sich die Frau in diesem Zustand herum und kam immer mehr dabei herunter. Im Juli des Jahres sah ich die Frau zuerst; sie bot ein elendes Bild; Temperatur 39,6, Puls 120. Der Leib bot das Bild einer dem Endtermin entsprechenden Schwangerschaft; starke Druckempfindlichkeit bestand auf der rechten Seite, Kindsteile waren bei der ziemlich beträchtlichen Spannung nicht nachweisbar, Herztöne nirgends zu hören. Bei der inneren Untersuchung fand sich nach links und hinten, besonders vom Rektum aus gut tastbar, der Uterus, dem Tumor fest anliegend. Ich ließ die dekrepide Pat. nach der Aufnahme noch einige Zeit das Bett hüten; die Temperatur schwankte zwischen 38,8 und 40,6, der Puls blieb dauernd hoch. Ende Juli Laparotomie. Aus dem von der Tube gebildeten Fruchtsack, dessen Oberfläche durch eine teils derbe, teils dünnere Membran gebildet wurde, mit dem Peritoneum, Netz und Darm in breiter Ausdehnung fest verwachsen waren, entleerten sich reichliche Mengen stinkenden Eiters. Entfernung der größtenteils skelettierten Frucht und der Placenta. Mit breitbasiger Insertion saß der Fruchtsack im Becken fest. Die Entfernung des gesamten Schwangerschaftsproduktes wurde — wie ich es immer in ähnlichen Fällen halte — angestrebt und auch durchgeführt; durch die ausgedehnten Verwachsungen wurde die Auslösung allerdings zu einer sehr schwierigen gemacht; der Uterus lag links und hinten und stand mit dem Fruchtsack in fester, fast unlöslicher Verbindung. Die Adnexe der linken Seite waren ohne Veränderung. Die Placenta war in mehr oder minder weiten Abständen über die Innenfläche des Fruchtsackes in Stücken verteilt. Das Placentargewebe war sehr leicht zerreißlich und ließ sich nur stückweise entfernen. Drainage nach der Vagina. Am Präparat sieht man den Fötus, der eine Länge von fast 35 cm besitzt, in leicht gebeugter Stellung, Kopf und Gesicht sind am besten erhalten; der Fötus befindet sich im Stadium der Skelettierung und Mumifiktion, als Produkt der Eiterung und Jauchung im Fruchtsacke, die wohl ohne Zweifel auf die vielen anderweitigen Untersuchungen zur Zeit als die Geburt erwartet wurde — durch Infektion von außen —, zurückzuführen ist. Der Heilungsverlauf war ein glatter.

Neue Bücher.

1) G. Leopold. Über ein sehr junges menschliches Ei in situ. (Arbeiten aus der kgl. Frauenklinik in Dresden. Bd. IV.)

Leipzig, S. Hirzel, 1906.

Die Zahl der menschlichen Eier aus der ersten Schwangerschaftswoche ist durch den jüngsten Fund L.'s um ein neues Exemplar vermehrt worden. Wie in den Fällen von Hubert Peters und des Grafen v. Spee lieferte eine jugendliche Selbstmörderin das kostbare Material. Da der Selbstmord durch Phosphorvergiftung den Gedanken an eine Schwangerschaft nahelegte, wurde der Uterus eröffnet, sorgfältig gehärtet und wiederholt mit der Lupe untersucht, bis das Ei als lichtes Knötchen von 1,4 mm Längen-, 0,9 mm Höhen- und 0,8 mm Breitenausdehnung in der Mitte der Hinterwand, nahe einer Schleimhautfurche entdeckt wurde. Das Endometrium — hyperämisch

und stark geschwollen — zeigte die für Decidua charakteristische Felderung. Die bis zu 0,8 cm dicke Decidua endet mit scharfem Rand am inneren Muttermund. In der Cervix fehlt jede deciduale Reaktion. Der das Ei bergende deciduale Kotyledo wurde unter den nötigen Kautelen herausgehoben, eingebettet und in eine lückenlose Serie von 5 μ dicken Schnitten zerlegt. Die gesamte Eianlage läßt sich durch 160 Schnitte dieser Serie verfolgen. Diese 160 Schnitte werden dem Leser in einer übersichtlichen Tabelle mit knapper Textbeschreibung vorgeführt, so daß der Lesende aus der unbefangenen, streng objektiven Schilderung das Ei wie im Mikroskop im Verfolg der Serienbeschreibung erscheinen, wachsen und wieder verschwinden sieht. Die wichtigsten Schnitte sind auf prachtvollen Tafeln in 28 Abbildungen wiedergegeben, so daß die Textworte durch klare Bilder erläutert werden. Der objektiven Darstellung des Untersuchungsstoffes läßt der Verf. als besonders lesenswerte Kapitel seine subjektiven Anschauungen über die wichtigsten Einzelheiten seines Präparates folgen. Es sind dies die Abschnitte über: 1) Die Decidua vera, 2) die Einbettung des Eies mit der Capsularis und der Fibrindecke, 3) die Eianlage und die Eikammer, 4) über den Trophoblast und die ihn umgebenden Bluträume, 5) über das Syncytium.

Nach L.'s Anschauung repräsentiert das Ei, welches etwas kleiner als das von Peters beschriebene ist, das Ovulum der zum erstenmal ausgebliebenen Menstruation. Es ist also etwa 4—6 Tage alt. Entsprechend den von Peters, Graf v. Spee und Pfannenstiel vertretenen Anschauungen ist es allseitig in das Stroma der Schleimhaut eingebettet. Es hat sich gleichsam in das Bindegewebe der Mutter eingebohrt. An der Implantationsstelle erinnert nur ein feiner trichterförmiger Kanal an die Eingangspforte. Die Öffnung der letzteren ist verschlossen durch einen Fibrindeckel, der bereits teilweise organisiert ist und die Capsularis verstärkt. Eine eigentliche Compacta konnte L. an der Implantationsstelle nicht konstatieren, da oberflächliche und tiefe Deciduaschichten durch Gefäßvermehrung und Blutextravasate und Kolliquation einzelner Drüsen in gleicher Weise verändert sind. Die Drüsen der Randdecidua werden durch das Eibett auseinander gedrängt und umkreisen in bogenförmigem Verlauf die Eiperipherie. In die Eikammer selbst mündet keine einzige Drüse. Das Ei besteht aus einer Ektoblastmasse mit dürftigem Mesoblastkern. Durch die andringenden Blutlakunen, welche sich in den Ektoblast einwühlen, sind relativ wenige Zellsäulen herausmodelliert. Diese Ektoblastelemente vertreten die Stelle der Zotten, sind aber noch nicht durch einen Mesodermkern gestützt. Eine Embryonalanlage konnte nicht gefunden werden. Da außer der Eikammer auch das Innere des Eies durchblutet ist, wird es verständlich, daß das Ei mit seiner Trophoblastschale zum großen Teil abgehoben ist und nun frei im Blute des schon geschlossenen intervillösen Raumes flottiert. Nur an der Eikammerdecke, also an der Capsularis, hat es sich wie ein Blutegel angesaugt. Die Trophoblastschale besteht überall aus Ekto-

dermzellen und Syncytiumelementen. Die zottenartigen Ektodermsäulen dringen wie Polypenarme durch den Blutsee und heften sich mit Syncytiumausläufern an die Deciduawände der Eikammer. Das Syncytium dient als Verbindungskitt zwischen fötalen und mütterlichen Elementen; es arrodiert die Deciduagefäße und kleidet die eröffneten Blutlakunen aus. Nach L.'s Anschauung entsteht es vom Ektoblasten und dringt von da in die Mutter ein. Übergänge zwischen Ektoderm und Syncytium konnte auch er nicht finden. Jeder Leser, auch derjenige, welcher die Anschauungen L.'s nicht ganz teilt, wird die wertvolle Monographie mit Vergnügen studieren und es mit dem Ref. besonders dankbar anerkennen, daß die glänzende Illustrierung und objektive Darstellung des Gegenstandes es jedem ermöglicht, sich ein eigenes Bild von diesem jüngsten Eifunde zu konstruieren. Übrigens nimmt auch der Verf. an zahlreichen Stellen Gelegenheit, auf mögliche Einwände und anderweitige Erklärungen hinzuweisen. Wir Gynäkologen haben alle Ursache, uns und ihm zu seinem Funde Glück zu wünschen. **Kroemer** (Gießen).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

294. Sitzung am 26. April 1906.

Vorsitzender: Herr Osterloh (in Stellvertretung).
Schriftführer: Herr Buschbeck.

Vor der Tagesordnung demonstriert

Herr Kannegiesser einen Medianschnitt (ausgeführt von Herrn Prosektor Dr. Geipel) durch die Beckenorgane einer 52jährigen Frau, welche zur Operation eines großen Scheidenvorfalles der kgl. Frauenklinik überwiesen war. Wegen des elenden Zustandes der fiebernd eingelieferten Pat. unterblieb die Operation. Die Kranke starb trotz Palliativbehandlung nach 4 Wochen an Pyelonephritis, außerdem ergab die Sektion Lebersyphilis. Der Schnitt zeigt die Einzelheiten des Vorfalles, der durch eine adhäsive Pelveoperitonitis irreponibel geworden war. Beide Ureteren haben die Stärke von Dünndärmen, von dem ebenfalls erweiterten Nierenbecken an bis zu ihrem Eintritt in die Adhäsionen im kleinen Becken.

Tagesordnung:

I. Herr Strobach: Ein Fall von interstitieller Tubargravidität. Autoreferat.)

Ich möchte mir erlauben, Ihnen ein Präparat zu demonstrieren, welches ich am 28. v. M. durch Laparotomie gewonnen habe. Es handelt sich um einen Fall von interstitieller Tubargravidität. Die relative Seltenheit dieser Schwangerschaftsform — Martin hatte sie bis zum Jahre 1895 unter 77 Fällen von operierter Tubenschwangerschaft nur einmal, von Winckel bei 120 Operationen wegen ektopischer Schwangerschaft überhaupt nicht gefunden — rechtfertigt es, jeden derartigen Fall den Fachgenossen zur Kenntnisnahme und Kritik zu unterbreiten.

Die Anamnese ist kurz folgende: Die 30 Jahre alte, im übrigen kräftige Frau war angeblich stets gesund. Erst seit dem 17. Lebensjahre bekam sie ihre Periode, die stets regelmäßig und schmerzlos war. Seit Oktober 1900 ist sie verheiratet und hat seit dieser Zeit 4mal geboren, 3mal lebende Kinder, darunter eine Mißgeburt, ein tot geborenes. Die Schwangerschaften folgten also dicht aufeinander, alle vier in weniger als 5 Jahren. Am 26. Januar d. J. hatte Pat. das letzte Mal die Periode. Danach bis Anfang März relatives Wohlbefinden. Jetzt treten krampf-

artige Schmerzen in der linken Seite, Ohnmachtsanfälle und Erbrechen auf. Die Schmerzen und das Erbrechen nehmen in der Folge zu: Alles Genossene wird erbrochen und die Frau jammert vor Schmerzen. Dieser Zustand währte nahezu 3 Wochen, als ich am 26. März auf Veranlassung des behandelnden Arztes gerufen wurde. Ich fand die Pat. äußerst entkräftet und heruntergekommen vor. Puls 130, Temperatur normal, die Magengegend schmerzhaft, Zunge dick belegt, der Leib weich und leicht eindrückbar. In der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, in der linken Seite, aber bis zur Linea alba reichend, fühlte man einen faustgroßen, bei den dünnen Bauchdecken dieselben etwas vorwölbenden, wenig verschieblichen, schmerzhaften Tumor. Durch kombinierte Untersuchung konnte ich feststellen, daß der Uterus vergrößert, härter, als es bei Gravidität zu sein pflegt, und etwas nach rechts gelagert war. Kein Blutabgang, noch Ausfluß. In der linken Seite fand ich den bereits bei der äußeren Untersuchung abgetasteten Tumor mit seinen Merkmalen: Geringe Beweglichkeit, rundliche Form und Schmerzhaftigkeit. Er läßt sich von der Uteruswand genau differenzieren, sitzt aber der Uteruskante dicht auf.

Die linken Adnexe fand ich sonst normal; dasselbe gilt von den rechten Adnexen.

Außerdem konnte ich einen rechtsseitigen, walnußgroßen Leistenbruch feststellen. Pat. will ihn im ersten Wochenbette nachgewiesen und vorher von seiner Existenz nichts gemerkt haben. Bei jeder nachfolgenden Entbindung sei er mehr hervorgetreten, besonders während der Wehe. Beschwerden habe sie jedoch nicht von dem Bruche gehabt.

Nach dem Genitalbefunde hielt ich die Diagnose auf Tubargravidität, und zwar im 2. Monate, für sicher. Ich nahm die Pat. in die Klinik auf und schritt, da keine bedrohlichen Erscheinungen auftraten, erst am nächsten Tage, nach den üblichen Vorbereitungen, zur Operation. Ich schickte die Curettage voraus, einmal um auf jeden Fall späteren Blutungen bei Ablösung der Decidua vorzubeugen, und andererseits klar über das zu sein, was der vergrößerte, harte Uterus enthielt. Wie zu erwarten stand, waren es reichliche, gleichmäßig geformte, deciduaähnliche Massen, die die Curette zutage förderte und die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Decidua erwiesen. Ich habe das Präparat aufgestellt, es zeigt Deciduazellen in großer Anzahl. Dann wurde in Beckenhochlagerung durch Längsschnitt in der Linea alba der Leib eröffnet. Sofort präsentierte sich in voller Klarheit, frei von Verwachsungen, zwischen mäßigen Blutgerinnseln der Tumor, bestehend in einer Ausbuchtung der linken oberen Uteruskante, welche geborsten war. Aus der Rupturstelle ragte zur Hälfte ein 2monatiger Embryo im unversehrten Amnionsacke, der auf leichten Druck noch vollends geboren wurde. Fast spontan, wie durch Wehen ausgetrieben, folgte das Chorion. Nunmehr konnte man den geborstenen Fruchtsack übersehen, der einesteils in die linken Adnexe überging, andererseits einen Teil des Uterus zu bilden schien. Durch Abbindung des Ligaments und Durchtrennung der Verbindung mit dem Uterus wurde der Fruchtsack abgetragen, die Uteruswunde durch oberflächliche und tiefgehende Catgutknopfnähte geschlossen und die linke Tube auf die Nahtlinie aufgenäht und letztere dadurch gedeckt.

An den linken Adnexen war nichts Anormales wahrzunehmen. Das gleiche gilt von den rechten Adnexen. Um jedoch eine spätere Schwangerschaft und damit eine eventuelle Uterusruptur zu vermeiden, wurde die rechte Tube exstirpiert. Zuletzt wurde noch das Verhältnis des Leistenbruches zu den Intestina untersucht und festgestellt, daß weder Darm noch Netz zum Bruche zogen.

Schluß der Bauchwunde durch Etagennaht.

Da die Operation nicht lange gedauert hatte und Puls und Atmung nichts zu wünschen übrig ließen, so wurde die Radikaloperation der Leistenhernie nach Bassini, die bekanntlich in Schnittrichtung und Naht dem Alexander-Adams ähnelt, angeschlossen. Der Inhalt des Bruchsackes bestand in alten Blutgerinnseln.

Der Heilungsprozeß verlief ohne Störung. Die Temperatur blieb stets normal, mit Ausnahme des 5. Abends, wo sie 38° erreichte. Blähungen bereits am 2. Tage

spontan, Appetit bald rege. Am 10. Tage Verbandwechsel. Beide Wunden per primam geheilt. Entfernung der Zwirnnähte in der Laparotomiewunde. Am 17. Tage p. op. stand Pat. auf, und nach 23tägigem Aufenthalte wurde sie als vollständig geheilt entlassen. Sie hat keinerlei Beschwerden mehr.

Es fragt sich nun, ob dies sicher ein Fall von interstitieller Tubargravidität ist. Ich glaube es bejahen zu müssen, denn wir finden hier alle charakteristischen Merkmale einer solchen Schwangerschaft vor:

1) Der Fruchtsack hat sich an der oberen und hinteren Kuppe des Uterus gebildet, entsprechend dem Verlaufe der Tube, die intramural bekanntlich mit nach oben konvexem Bogen und Annäherung an die hintere Fläche des Fundus verläuft.

2) Die Ruptur befindet sich an der den geringsten Widerstand leistenden Stelle, d. h. an der hinteren Wand.

3) Die Decidua fehlt, der Sack ist mit Zotten besetzt. Zum Teil ragen Zottenbüschel aus der Rupturstelle heraus. Die Wand des Sackes enthält Muskelfasern, wie das mikroskopische Präparat zeigt.

4) Eintritt und Austritt der Tube sind am Fruchtsacke deutlich sichtbar. Der Eintritt erfolgt auf der Höhe des Sackes, der Austritt in die Muskulatur des Uterus hinein.

5) Der Fruchtsack ist umkleidet nach der Außenseite von Uterusserosa, nach der Schnittlinie von weicher Uterusmuskulatur. Dasselbe gilt auch von Isthmusschwangerschaft, da das Lig. rot. in diesem Falle zwischen Fruchtsack und Uterus seinen Ausgang nehmen mußte und

6) als wichtigstes, der Abgang des Lig. rot. befindet sich lateral vom Fruchtsacke; dagegen erscheint eine ampulläre oder intraligamentäre Tubargravidität ausgeschlossen.

Ebenso ist es keine Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorne. Abgesehen von der ganz anderen Konfiguration des Uterus bei einer Nebenhornschwangerschaft würde das Vorhandensein des uterinwärts gelegenen Tubenendes dagegen sprechen.

Die Diagnose der interstitiellen Tubargravidität ist wohl sehr schwer. In unserem Falle hätte höchstens der große, anhaltende Schmerz, der Sitz des Tumors mehr nach der Mittellinie und die Härte des Uterus eine solche vermuten lassen. Vielleicht dürfte man sich aber öfter irren, als eine Bestätigung der Diagnose finden.

Es wäre interessant, wenn wir in unserem Falle in bezug auf die Ätiologie einen Beitrag liefern könnten. Denn hierüber sind die Ansichten noch sehr geteilt und wenig geklärt. Leider läßt sich auch hier nichts eruieren. Makroskopisch waren beide Adnexe ohne wahrnehmbare Veränderung und das Fimbrienende offen. Andere Beobachter haben Veränderungen der Tube gefunden und diese als Ursache der interstitiellen Tubenschwangerschaft angesprochen. So hat Leopold zwei Fälle beschrieben, einen Fall von interstitieller Tubarschwangerschaft und einen Fall von ampullärer Tubargravidität, wo in beiden Tuben kleine Polypen gefunden wurden und man geneigt war, diesem Befunde die Ursache beizumessen. Leider habe ich fernere Untersuchungen der Tube schon um deswillen nicht angestellt, weil ich eine interstitielle Tubarschwangerschaft nicht vermutet hatte und mir die Wichtigkeit einer derartigen Untersuchung erst durch postoperatives Studium der Literatur bekannt wurde.

Zum Schluß möchte ich noch ein paar Worte über die künstliche Sterilisierung der Pat. sagen. Wie schon erwähnt, habe ich dieselbe vorgenommen, um die Frau nicht bei einer neuen Schwangerschaft den Gefahren einer Uterusruptur auszusetzen. Wenn diese auch nicht einzutreten braucht, ich erinnere nur an den seinerzeit vom Kollegen v. Holst in der Münchener med. Wochenschrift veröffentlichten Fall, so bestehen doch mindestens die großen Gefahren einer solchen gefährlichen Komplikation. Und das, glaube ich, müßte genügen, um auch ärztlicherseits dem Wunsche der Ehegatten, eine weitere Schwangerschaft vermieden zu sehen, entgegen zu kommen.

II. Herr Grossmann: Beitrag zur Inversio uteri. (Autoreferat.)

Wenn ich mir erlaube, Ihnen heute über einen Fall von Inversio uteri totalis post partum in Kürze zu berichten, so mag die Seltenheit dieses Vorkommnisses mein Vorhaben rechtfertigen; ist doch mehrfach berechnet worden, daß erst auf 200000 Geburten ein Fall von Inversio uteri sich ereignet.

Der Sachverhalt ist folgender:

Eine 21jährige Ipara hatte am 21. Februar, früh 7 Uhr, spontan entbunden. Wehenbeginn am 20., 8 Uhr abends, Blasensprung 21. 6 Uhr früh. 1 Stunde später Spontangeburt eines ausgetragenen Knaben in I. Schädellage. Nach Abnabelung des Kindes badete die Hebamme dasselbe und übergab, da alles in Ordnung war, den Uterus dem Ehemanne zum Halten, $^{1}/_{2}$ Stunde post partum massierte sie leicht, um Kontraktionen anzuregen, dabei preßte die Frau stark, und es wurde ein Blutgerinnsel ausgetrieben. Bei wiederholter leichter Massage preßte die Frau, angeblich trotz Warnung der Hebamme, wieder stark, und dabei stülpte sich der Uterus mit der noch festhaftenden Placenta vor die Vulva. (Hierbei möchte ich bemerken, daß mir die Hebamme als zuverlässig bekannt ist, und ich keinen Grund habe, an ihren Angaben zu zweifeln, die außerdem durch die Aussagen der Pat. bestätigt wurden.) Die Hebamme ermahnte die Frau nicht mehr zu pressen und suchte mit ihrer Hand »den Vorfall zurückzubringen, um gleichzeitig zu tamponieren«, was ihr auch teilweise gelang, jedoch trat der invertierte Uterus immer wieder, sobald sie los ließ, vor die Vulva. Dabei blutete es andauernd in mäßigem Grade. Der herbeigerufene Arzt löste — ungefähr $^{3}/_{4}$ Stunde später — die am Fundus festhaftende Placenta, worauf die Blutung stand, und versuchte sodann den Uterus zu reinvertieren, was ihm jedoch nicht gelang. Die außerordentliche Anämie suchte er durch Analeptika und Salzwasserklistiere zu bekämpfen. Als ich eine weitere $^{1}/_{2}$ Stunde später hinzukam, fand ich die Frau im Kollaps, Puls kaum zu fühlen, Gähnen usw., kurz mit allen Zeichen äußerster akuter Anämie. Die innere Untersuchung ergab den Uterus invertiert in der Scheide liegend. Da es auch mir nicht gelang den Uterus zu reinvertieren und ich eine Narkose bei dem desolaten Zustande der Pat. nicht einleiten wollte, tamponierte ich die Vagina so fest als möglich mit steriler Gaze und überführte Pat., die währenddem noch mehrere Kampferinjektionen erhalten hatte, mittels Krankenwagens nach der kgl. Frauenklinik. Von einer subkutanen oder intravenösen Salzwasserinfusion mußte leider aus äußeren Gründen Abstand genommen werden. — Hier in der Frauenklinik gelang es nach Einleitung leichter Äthernarkose relativ leicht das Corpus uteri zu reinvertieren, worauf Uterus und Vagina, um ein Rezidiv zu vermeiden, tamponiert wurden und Ergotin subkutan gegeben wurde. Die Anämie wurde durch wiederholte Kochsalzinfusionen usw. bekämpft — Pat. machte infolge Retention von Eihautresten und wegen der mangelnden Asepsis bei den verschiedenen Maßnahmen — (die Hebamme hatte ihre Repositions- und Tamponadeversuche mit undesinfizierten Händen vorgenommen) — ein fieberhaftes Wochenbett durch, konnte aber, nachdem sie eine im Anschluß an eine Thrombose der rechtsseitigen Uterinvenen aufgetretene rechtsseitige Lungenembolie glücklich überwunden hatte, am 5. April geheilt entlassen werden.

Im Anschluß an diesen Bericht möchte ich noch einige Bemerkungen hinzufügen. Zunächst bezüglich der Ätiologie: Ich erwähnte eingangs schon, daß die Fälle von totaler Inversion des Uterus recht selten sind, gehört doch ein Zusammentreffen verschiedener ungünstiger Momente dazu, die Inversion zustande zu bringen, deren eben nicht immer vereinigtes Auftreten es erklärlich macht, daß diese Fälle nicht häufiger sind. Hierbei sei bemerkt, daß manche Fälle von »Uterus arcuatus« oder »Uterus bicornis« wohl auch als partielle Inversion zu deuten sind. Mit Recht haben Fürst, Thorn u. a. darauf hingewiesen, daß zum Zustandekommen einer Inversio uteri unbedingt nötig sind: 1) Fundaler Sitz der Placenta. (Von den durch Tumoren bedingten Inversionen, puerperalen oder nicht puerperalen, sehe ich hier vollständig ab.) 2) Atonia uteri und 3) festes Haften der Placenta an ihrer Insertionsstelle. Eventuell kommt 4) noch Druck von außen, z. B. beim Pressen oder Husten, oder bei der Expression der Placenta, oder Zug an

der Nabelschnur hinzu; jedoch bestätigen beide ebengenannte Autoren, daß die Inversio uteri weit häufiger spontan entsteht, als durch das Hinzutreten äußerer Eingriffe und machen mit Recht ausdrücklich auf die Wichtigkeit dieser Tatsache in forensischer Hinsicht aufmerksam. — Was die Häufigkeit der Inversio uteri gerade bei Primiparen anlangt, die man doch zunächst nicht erwarten sollte, so wird diese erklärt durch den bei Primiparen häufigeren fundalen Sitz der Placenta, ferner durch häufig vorkommende Atonia uteri infolge der längeren Geburtsdauer und 3) durch das festere Haften der Placenta. Die klinischen Erscheinungen sind: Chok, der auch zum Tode führen kann, und Blutungen. Die Diagnose ist nicht schwierig. Differentialdiagnostisch kommen höchstens Tumoren der Portio bei Prolaps des Uterus in Frage, jedoch gibt die bimanuelle Untersuchung in jedem Falle darüber leicht Aufschluß. Die Prognose ist im großen und ganzen nicht allzu ungünstig, weil durch die Inversion eine Abknickung der Gefäße stattfindet, etwa analog derjenigen, wie wir sie, um starke Blutungen bei ausgedehnten Collumrissen oder vaginalen Uterusexstirpationen zu vermeiden, durch Herabziehen des Uterus künstlich hervorrufen.

Was die Therapie anlangt, so ist natürlich von Fall zu Fall zu entscheiden: Man wird zunächst versuchen, nach Ablösung der festhaftenden Placenta, den Uterus manuell zu reinvertieren. Hierbei ist die Narkose das beste Hilfsmittel. Sollte dies nicht gelingen, so kann man in geeigneten Fällen, d. h. wo der Uterus gut kontrahiert ist und keine Blutung mehr statthat, nach teilweiser Reposition des Uterus die Vagina tamponieren oder den Kolpeurynter einlegen und die spontane völlige Reinversion, die tatsächlich nicht selten ist, abwarten, wie dies Thorn in seinem Aufsatz: »Zur operativen Heilung der Inversio uteri« (Münchener med. Wochenschrift 1900 Nr. 25) vorschlägt. Im allgemeinen halte man sich jedoch mit solchen Repositionsversuchen nicht zu lange auf, sondern schreite rechtzeitig zur Operation. Küstner war der erste, der, entgegen der früheren radikalen Methode, der völligen Abschnürung des invertierten Uterus mittels Drahtschlinge mit nachfolgender Ätzung des Stumpfes, im Zentralblatt für Gynäkologie 1893 Nr. 41 eine »Methode konservierender Behandlung der [inveterierten] Inversio uteri puerperalis« angab, die rasch zur allgemeinen Anerkennung gelangte. Er eröffnete den Douglas quer, führte sodann einen Längsschnitt von der Schleimhaut des invertierten Uterus aus durch dessen hintere Wand, 2 cm vom Fundus beginnend bis 2 cm oberhalb des äußeren Muttermundes. Darauf Reinvertierung des Uterus, Schluß der Uteruswunde vom Douglas aus und Schluß des letzteren. Hierbei spricht Küstner zwar von der inveterierten Inversion, jedoch gilt dies wohl ebenso für die akute. Im Jahre 1898 änderte Borelius-Lund und 1899 unabhängig von ihm Westermark-Kopenhagen diese Operation dahin, daß sie den Schnitt durch die ganze hintere Uteruswand führten und so mit dem Querschnitt im Douglas vereinigten. Dadurch wurde einmal ein weiteres Klaffen des Spaltes ermöglicht und dadurch die Reinvertierung des Uterus erleichtert, die einigemal durch die Küstner'sche Operation nicht gelungen war, zweitens größere Übersichtlichkeit geschaffen. Diese Operation nennt Küstner — »einen anerkennenswerten Fortschritt« —. Im gleichen Jahre (1898) schlug Kehrer vor, der besseren Zugängigkeit wegen die vordere Uteruswand zu spalten, welchem Vorschlage sich auch Thorn (l. c.) anschließt, letzterer mit der Abänderung, daß er empfiehlt, die vordere Wand zunächst nur bis zum Peritoneum zu spalten und erst, wenn auch dann die Reposition noch nicht gelingt, auch dieses noch zu durchtrennen. Jedoch hat diese Art der Operation (Spaltung der vorderen Wand) nicht viele Anhänger gefunden, wegen der Gefahr der Blasenverletzung.

Nach erfolgter Reinvertierung wird man gut tun, Uterus und Vagina fest zu tamponieren und Ergotin zu geben, um möglichst feste Kontraktionen anzuregen und einem Rückfalle vorzubeugen. Rezidive sind mehrfach beobachtet, und ist es dann wohl am geratensten die Totalexstirpation vorzunehmen.

Diskussion. Herr Kaiser berichtet über einen ähnlichen Fall, den einzigen, den er bisher Gelegenheit hatte zu sehen. Es war wegen mangelhafter Wehen und Gefahr des Kindes bei Erstgebärender mit Zange leicht entbunden

worden. Blutung bestand nicht. Während einer durch Massage erzeugten Wehe wurde leicht der Credé'sche Handgriff ausgeführt, der die Placenta zutage förderte, aber mit ihr noch festhaftend den Fundus uteri bis zur völligen Inversion. Während der raschen Händedesinfektion kollabierte die Pat., trotzdem keine nennenswerte Blutung bestand. Die manuelle Lösung der Placenta und Reposition des Uterus hatte keine Schwierigkeit, die Pat. erholte sich rasch von dem äußerst schweren Chok. Nach einem Jahre verlief die nächste Geburt ohne Schwierigkeit.

Herr Osterloh beobachtete einen Fall von Inversio uteri.

Die Frau war von ihm bei der ersten Entbindung wegen im kleinen Becken eingekeilten Ovarialtumors und abgestorbenen Kindes mit Perforation und Kranioklasie entbunden und dann 1 Jahr später ovariotomiert worden. In zweiter Schwangerschaft gebar sie einen Anencephalus.

Bei der dritten Geburt wurde das Kind normal geboren, dann aber trat eine Inversio uteri ein. O. wurde gerufen, löste die Placenta von der Uteruswand ab und reponierte verhältnismäßig leicht sofort. Das Wochenbett verlief normal.

Der Kollaps bei Inversio uteri kommt auch ohne stärkeren Blutverlust als nervöser Folgezustand vor und verschwindet schnell nach der Reposition.

II. Herr Steffen (als Gast): Ein Fall von hysterischer Lähmung einer Wöchnerin, der infolge des Beginnes im frühesten Kindesalter differentialdiagnostisch zu einem näheren Eingehen auf die akute spinale Kinderlähmung und die häufig intra partum entstehende zerebrale Kinderlähmung Veranlassung gab.

Anamnese: Elisabeth G., 26 Jahre alt, hereditär belastet, Ipara. Spontangeburt, Wochenbett normal. Lernte im 1. Jahre gut laufen. Mit $1^1/_4$ Jahren Lungenentzündung. Bald darauf bemerkten die Eltern eines Tages, als das Kind auf dem Nachtgeschirr saß, daß der linke Fuß sich mit der Fußsohle nach innen drehte. Pat. schonte beim Gehen das linke Bein, gleichzeitig Spannung in demselben, die später auch im linken Arm auftrat. Pat. wurde elektrisiert, massiert, von Kurpfuschern und betenden Frauen behandelt. Die Eltern gaben an: »Je mehr geschah, um so schlimmer wurde es!« Die Spannung nahm zu. Pat. lief auf dem äußeren Fußrande. Mit 10 Jahren Schiene und fester Schuh, mit 13 Jahren Tenotomie. Darauf geringes Nachlassen der Spannung im linken Bein, Zunahme im linken Arme, so daß die Hand stark flektiert und proniert wurde. Spannung sehr wechselnd. Vor dem Essen lag die Hand schlaff entrollt auf dem Tisch, nach dem Essen rollte sie plötzlich herum, alles im Wege stehende herunterwerfend. Jetzt beim Nähen und Stopfen Hand schlaff entspannt, so daß Pat., soweit nötig, den Gegenstand halten kann, bald darauf rollt die Hand zurück. Seit einigen Jahren Verziehen der linken Gesichtshälfte nach links oben beim Sprechen und Lachen und Beobachtung, daß Pat. auf der ganzen linken Körperhälfte weniger fühle als rechts. Nie Zuckungen oder Krämpfe. Schwach begabt. Status: Kleine, grazile Person. Kopf auf Druck und Beklopfen nirgends besonders empfindlich, rechts angeblich mehr gefühlt als links. Pupillen beiderseits gleich, $R\left|\frac{L}{C}\right\}+$. Kornealreflex herabgesetzt. Trigeminus frei. Fac. l. > r. Beim Sprechen und Lachen lebhafte Kontraktion der linken Gesichtsmuskulatur und des linken Orbicul. oculi. Rachenreflex erloschen. Vasomotorisches Nachröten lebhaft. Die linke Hand befindet sich abwechselnd in einer Flexions- und Pronationsstellung mit Überstreckung der I. Phalangen und Beugung der II. und III., oder in einer Extensionsstellung, die Finger krampfhaft eingeschlagen. Unterarmmuskulatur kontrahiert, desgleichen Triceps, Biceps meist schlaff. Beim Versuch, die Muskulatur zu entspannen, begegnet man einem lebhaft wechselnden Widerstande, je nachdem wie es gelingt die Aufmerksamkeit der Pat. abzulenken. Geringe Atrophie. Reflexe vorhanden. Das linke Bein liegt gerade, desgleichen der Fuß, geringe Atrophie, keine Verkürzung, gesamte Muskulatur gespannt, bei passiven Bewegungen wechselnder Widerstand. Kein Patellar- oder Fußklonus. Kuph. +, Achph. +, Zehenreflex plantar, bisweilen Andeutung von Babinski links. Sensibilität rechts normal, links auf der ganzen Körperhälfte, genau in der Mittellinie abgrenzbar herabgesetzt. Beiderseits Gesichtsfeldeinschränkung.

Bezüglich der Differentialdiagnose, ob organische oder funktionelle Lähmung, hebt Vortr. gegenüber der akuten, spinalen Kinderlähmung, an die der Beginn im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung mit $1^1/_4$ Jahr und die Spitzfußstellung gebessert durch Tenotomie erinnere, die langsame Entwicklung, den halbseitigen Charakter, die geringe Atrophie, das Erhaltensein der Reflexe und die streng halbseitige Herabsetzung der Sensibilität hervor. Vortr. geht dann genauer ein auf die meist intra partum durch Meningealblutungen infolge Zerreißung der Venen vor ihrem Eintritt in den Sin. longit. durch Verschiebung der Scheitelbeine bei engem Becken (lange hochstehender Kopf, schwierige Entwicklung des nachfolgenden Kopfes), Zange, Frühgeburt, Extra-uterin-Schwangerschaft, Zwillingen entstehende und oft erst spät in Erscheinung tretende zerebrale Kinderlähmung, entwickelt deren Symptome und grenzt sie von dem vorliegenden Fall ab durch das Fehlen jeglicher Reizerscheinungen von seiten der motorischen Rindenzentren, wie Chorea, Atethose, halbseitige Epilepsie, Steigerung der Reflexe, Spasmen (hier psychisch beeinflußbare Muskelspannungen, keine wirklichen Spasmen) einerseits und durch die Herabsetzung des Kornealreflexes, Erloschensein des Rachenreflexes und halbseitige Herabsetzung der Sensibilität andererseits.

Bezüglich der Beziehungen zwischen Hysterie und Schwangerschaft hebt Vortr. hervor, daß letztere ohne ursächlichen Einfluß und selten von anhaltendem therapeutischen Effekt sei, daß dem Wesen der Hysterie entsprechend durch psychische Momente auf psychopathischer Grundlage körperlich hysterische Störungen auftreten, andererseits solche während der Geburt verschwinden, ohne dadurch aber die Hysterie als solche weder erzeugt noch geheilt zu haben, da sie meistens später in anderen Erscheinungen wieder auftrete.

IV. Die Herren DDr. Bauer, Lichtenstein, Paul, Meissner werden einstimmig zu ordentlichen Mitgliedern der Gesellschaft gewählt.

Neueste Literatur.

3) Revue de gynécologie T. X. Hft. 4.

1) M. P. Latteux (Broca). Beitrag zum Studium der cystischen Myome und Fibromyome des Uterus.

Man kann unter den cystischen Myomen und Fibromyomen des Uterus zwei ätiologisch getrennte Gruppen unterscheiden, einmal solche, die aus erweiterten und cystisch dilatierten Lymphbahnen hervorgegangen sind, und dann die, welche ihren Ursprung den Resten des Wolff'schen Körpers verdanken. Sodann bringt Verf. einen einschlägigen Fall. 43jährige Frau klagt über Ausfluß und starke Blutverluste während der Menses; sowie starke Schmerzen im Unterleibe. Bei der Untersuchung fühlt man an Stelle des Uterus einen unregelmäßigen Tumor, von mehreren Fibromen durchsetzt, der schwer beweglich und schmerzhaft ist. Der Uterus wird teils durch Morcellement per laparotomiam entfernt. Glatte Rekonvaleszenz. Die exstirpierten Massen setzen sich zusammen aus dem kleinen, unregelmäßig gestalteten Uterus, dem eine faustgroße, warzenartig geformte Masse ansitzt, zwei ebenso großen Geschwulskonglomeraten und endlich einer dritten, doppelt so großen, die einer enormen höckerigen Kartoffel gleicht. Mikroskopisch zeigt das die Grundmasse der drei kleineren Tumoren darstellende Gewebe den typischen Aufbau, wie man ihn an Fibromyomen zu sehen gewohnt ist: Muskel- und Bindegewebsfasern, einander wirr durchziehend. Macht man einen Schnitt durch die große Tumormasse, so sieht man, daß sie aus drei gut voneinander abgegrenzten Zonen besteht. Die zentrale Partie wird von verschieden großen Cysten dargestellt, die mit einer kolloiden, klaren Flüssigkeit erfüllt sind und miteinander kommunizieren; hierauf folgt nach außen eine Schicht jungen Bindegewebes, von kleinen Hohlräumen durchsetzt, und endlich als äußerste Zone muskuläres Gewebe. Die großen Cysten sind von einem kompliziert aufgebauten Epithel ausgekleidet; dieses bildet Epithelbänder, die miteinander in Zusammenhang stehen und an der Cysten-

oberfläche frei in deren Inhalt hinein flottierende Fransen bilden. Da, wo sie nur eine flache Schicht darstellen, erweisen sich diese Zellen als kubisch, flach zylindrisch oder ovoid. Andererseits aber wiederum können sie auch ganz polymorphe Gestalt annehmen und teilweise riesenhafte Größe erreichen. Die kleinen Cysten in der mittleren Schicht sind in außerordentlich großer Anzahl vorhanden. Sie sind fast immer gut voneinander durch Bindegewebe abgegrenzt. Hin und wieder sieht man Bilder von zusammenfließenden Cysten. Sie sind von einem ein- oder zweizeiligen kubischen Epithel ausgekleidet. Auch diese Epithelzellen können hin und wieder enorme Größen annehmen. In bezug auf den Ursprung dieser Cysten glaubt Verf., daß sie hervorgegangen sind durch Einschluß von Kanälen des Rosenmüller'schen Organs, oder auch des Gartner'schen Ganges in den wachsenden Tumor. Die Anwesenheit von Flimmerepithel in einzelnen Cysten weist auf einen Ursprung vom Wolff'schen Gang hin und würde den Kanälen des Rosenmüller'schen Organs entsprechen. Die Cysten mit einfachem Zylinderepithel stammen wohl vom Gartner'schen Gang ab. Nach ihrer Struktur muß man die untersuchten Tumoren als Adenomyome auffassen.

2) W. Cazenave. **Klinische und operative Betrachtungen über eine Serie von 144 abdominalen Hysterektomien wegen Fibroma uteri.**

Von den 144 Fällen von abdominaler Hysterektomie wegen Myom starben 12, das macht eine Mortalität von 8,31%. Diese Zahl erscheint hoch. Man muß hierbei jedoch bedenken, daß alle Myomoperationen zu den schweren Operationen zu rechnen sind. Als Beleg hierfür bringt Verf. kurz die Krankengeschichten dieser 12 ad exitum gekommenen Fälle. Die Infektion, an der die meisten Kranken starben, bestand schon zur Zeit der Operation, von seiten der Myome oder der Adnexe. Von den 144 Frauen waren 5 unter 30 Jahre, 15 zwischen 30—40, 76 zwischen 40—50, 15 zwischen 50—60 und 3 über 60 Jahre alt. Gegen die Menopause hin werden die Myome gefährlicher und zwingen die Kranken oft zur Operation. Sodann berichtet Verf. über das Gewicht der einzelnen Tumoren. Myome, die sich isoliert in den Ligg. lata ohne Zusammenhang mit dem Uterus entwickelt haben, sind selten. Dagegen kommt es ziemlich häufig vor, daß sich ein oder mehrere mit dem Uterus in Verbindung stehende Myome intraligamentär weiter entwickeln. Die gestielten subserösen Myome zeigen starke Neigung zu Adhäsionsbildungen mit der Umgebung; einmal hatte ein solches sogar Verbindungen mit der unteren Seite der Leber eingegangen. Häufig kommt es bei ihnen zur Stieldrehung oder Abknickung. Die breitbasig aufsitzenden subperitonealen Tumoren sind zumeist sehr groß und erscheinen dadurch fast unabhängig vom Uterus. Die Cervixmyome können zu erheblichen Komplikationen bei der Operation führen. Sodann bespricht Verf. des genaueren die Enukleation einzelner oder mehrerer Myomknoten im Verlaufe der Hysterektomie und die Technik dabei und wendet sich dann den Komplikationen zu, die von seiten der Myome selbst ausgehen können oder durch gleichzeitig vorhandene Erkrankungen geschaffen werden. Zuerst bespricht er die verschiedenen Formen der Degeneration, welche die Myome eingehen können, sodann die entzündlichen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenperitoneums, die Adnextumoren, den Uteruskrebs und die Schwangerschaft, soweit sie Komplikationen der Uterusmyome sein können, und die Gefahren, die aus ihnen für die Operation erwachsen können. Bei den 144 Hysterektomien waren 84mal Komplikationen der eben aufgezählten Art vorhanden. Verf. war bei den Operationen jedesmal bemüht, die Ovarien zurückzulassen. 12mal konnten die Adnexe einer Seite, 2mal beider Seiten, 8mal ein Ovarium, 1mal beide Ovarien erhalten werden. Bei sieben Pat. war schon eine Laparotomie vorausgegangen.

3) V. Wallich (Paris). **Über angebliche Menstruation Schwangerer.**

Verf. berichtet über die Fälle, wo zur Zeit einer bestehenden Schwangerschaft noch normale Menstruationsblutungen aufgetreten sein sollen. Nach Ansicht des Verf.s handelte es sich in einer Reihe von diesen Fällen um Hämorrhagien, die ihren Ursprung in einer Placenta praevia oder Albuminurie hatten; in anderen Fällen

war es nicht möglich, sich über die Aussagen der Frauen sichere Beweise zu verschaffen. Und schließlich sind einige Beobachtungen so ungenau, daß sie einer strengen Kritik nicht standhalten können. Es existiert somit nach Ansicht des Verf.s bis heute noch kein Fall von sicher festgestellter normaler Menstruation während der Schwangerschaft.

4) F. Jayle. Die Kraurosis vulvae.

Verf. berichtet zuerst über die Ansichten der verschiedenen Autoren über die Kraurosis vulvae und stellt sodann die Kraurosis der Leucoplacie vulvae gegenüber. Hiernach bespricht er die Abwesenheit irgendwelcher spezifischer anatomischer Schädigungen bei der Kraurosis. Nach seiner Ansicht ist diese ein klinischer Symptomenkomplex, der auf verschiedenen Ursachen beruht. Sodann erörtert Verf. die verschiedenen Formen der Kraurosis, bespricht die Ätiologie derselben sowie ihren Zusammenhang mit dem Karzinom und ihre Behandlung und kommt dann zu folgenden Schlüssen: Unter dem Einfluß verschiedener Ursachen kann die cutaneo-muköse Bekleidung der Vulva, und besonders der kleinen Schamlippen, der Klitoris und des Introitus vaginae von einer retraktilen Sklerosa ergriffen werden. Man kann dieser Sklerose den durch den Gebrauch geheiligten Namen Kraurosis vulvae geben. Diese stellt einen krankhaften Zustand dar, welche charakterisiert ist durch die Atrophie und Schrumpfung der cutaneo-mukösen Bekleidung der Vulva und besonders des Introitus vaginae. Histologisch stellt er sich als eine Sklerose der Haut mit verschiedenartigen Erkrankungen der Epidermis dar. Kraurosis vulvae ist nicht synonym mit Leukoplacia. Die erstere verbindet sich oft mit der letzteren, geht ihr voran, begleitet sie oder folgt ihr. So findet sich eine besondere Art der Kraurosis, welche Verf. weiße Kraurosis, Kraurosis leucoplastica oder Kraurosis »Breisky« benennen möchte. Die Kraurosis ist oft begleitet von entzündlichen Erscheinungen; dieser Form möchte Verf. im Gegensatz zu der vorigen den Namen »rote Kraurosis« geben. Diese faßt in sich zusammen die vaskularisierte oder hyperämische Kraurosis oder Kraurosis »Lawson-Tait« und die follikuläre Kraurosis. In einer Anzahl von Fällen tritt die Kraurosis nach der ovariellen oder utero-ovariellen Kastration auf und verdient dann den Namen »Kraurosis post-operativa«. Unter bestimmten Bedingungen tritt sie bei Frauen auf, die an einer sklerotischen Atrophie der Ovarien leiden. Die senile oder präsenile Kraurosis scheint mit diesen Ovarialerkrankungen einherzugehen. Die Kraurosis leucoplastica kompliziert sich entsprechend den publizierten Fällen in ungefähr 10% mit Karzinom. Die Kraurosis postoperativa scheint die Entwicklung eines Karzinoms nicht zu begünstigen. Die Kraurosis senilis oder praesenilis geht bisweilen mit dem Auftreten krebsiger Erkrankungen einher. Den Ausführungen ist eine Reihe sehr guter instruktiver Abbildungen beigefügt.

5) R. Proust (Paris). Beitrag zum Studium der Schwangerschaftshämaturien auf vesikalem Ursprunge.

27jährige IVpara ist im 3. Monate schwanger. Die früheren Geburten verliefen normal. Vor einiger Zeit bemerkte Pat., daß sie schwer urinieren konnte, ohne dabei aber Schmerzen zu verspüren. In einer Nacht will sie aus dem Bett gefallen sein. Am nächstfolgenden Tage war der Urin blutig, und die Blutungen aus der Blase nahmen in den folgenden beiden Tagen einen derart violenten Charakter an, daß die Frau die Klinik aufsuchte. Bei der Aufnahme erwies sie sich sehr anämisch und verlor andauernd aus der Urethra Blut. Die sofortige Untersuchung ergibt, daß der Uterus entsprechend dem 3. Monat der Schwangerschaft vergrößert und der Muttermund geschlossen ist. Temperatur 38,5°. Die Harnblase reicht bis drei Querfinger unterhalb des Nabels herauf. Bei Druck auf dieselbe entleert sich aus der Urethra Blut. Auch beim Katheterisieren der Blase fließt Blut ab. Man entschließt sich sofort zur Operation per laparotomiam. Die Blase wird eröffnet, es werden große Mengen übelriechender Blutcoagula aus ihr entfernt und das Blaseninnere sodann tamponiert. Die Blutung kam aus einer Stelle am Vertex der Blase, etwas rechts von der Mittellinie. Die Rekonvaleszenz verlief glatt. Der Urin wurde durch einen Dauerkatheter entleert, die Tamponade alle 24 Stunden erneuert. Eine Blutung stellte sich nicht wieder ein. Später wurden

Blasenspülungen mit Argent. nitric. (1 : 2000) vorgenommen. Die Bauchwunde granulierte allmählich zu, und Pat. entleerte 18 Tage nach der Operation wieder spontan klaren Urin. Bei dieser Blutung hat es sich sicher um ein Platzen eines Varixknotens in der Blasenschleimhaut gehandelt. Verf. berichtet sodann über einige andere Fälle von Blasenblutungen während der Schwangerschaft aus der Literatur, von denen er nur zwei als sicher bewiesen erachtet. Er erörtert sodann des näheren den Gebrauch des Cystoskops zur Stellung einer sicheren Diagnose, wobei er sich besonders auf die Untersuchungen von Stoeckel bezieht. Zu verwenden ist dasselbe natürlich nicht bei derart starken Blutungen, wie im vorliegenden Falle. Was die Behandlung betrifft, so wird bei geringfügigeren Blutungen Bettruhe, Eisblase auf die Blasengegend, Blasenspülungen mit heißem Wasser, eventuell unter Zusatz blutstillender Mittel am Platze sein. Bei hochgradigeren Blutungen sind drei verschiedene Methoden in Vorschlag gebracht worden: Entfernung der Blutcoagula durch Ansaugung, Sectio alta und Einleitung der Frühgeburt.

Das erstere Verfahren kann oft Hilfe bringen, indem danach die Blasenwandung sich zusammenzieht, wodurch die blutenden Gefäße komprimiert werden. Besteht Verdacht auf Blasenruptur, so ist diese Methode nicht am Platze, sondern man muß zur Sectio alta schreiten. Diese gestattet dann die Rupturstelle zu vernähen, oder, wenn es sich um Fälle wie die obigen handelt, die blutende Stelle zu umstechen oder die Blase zu tamponieren. Bei schweren Fällen ist die Sectio alta die Operation der Wahl. Die Einleitung der Frühgeburt möchte Verf. nicht empfehlen, da sie ein zu radikales Mittel vorstellt und mit den obigen Verfahren derselbe Zweck erreicht werden kann. Nach Ansicht des Verf.s soll sie für die Fälle reserviert bleiben, wo es sich um Nierenblutungen handelt.

E. Runge (Berlin).

Verschiedenes.

4) **F. Gabriel.** Elephantiasis vulvae kompliziert durch Inguinalhernie.
(Budapesti Orvosi Ujság 1905. Nr. 31.)

50jährige Nullipara, war in ihrem ganzen Leben zweimal menstruiert, und zwar in ihrem 30. Lebensjahre. Seit ihrem 15. Jahre bemerkt sie eine Geschwulst in der Vulva, welche anfangs haselnußgroß war, später jedoch immer größer wurde. Beiderseitige Inguinalhernie, welche links eine mit der linken großen Labie zusammenhängende kolossale Geschwulst bildet, deren Umfang der Länge nach 92 cm, der Breite nach 84 cm beträgt und ca. 8 kg schwer sein kann. Die Geschwulst ist mit der sehr verdickten Haut der großen Labie bedeckt. Der obere Teil enthält Därme, welche reponiert werden können, der größere untere Teil wird durch die elephantiastisch verdickte Haut und Unterzellengewebe gebildet. Nach 1 Jahr entstanden Geschwüre, Tod an Marasmus. **Temesváry** (Budapest).

5) **J. Bäcker** (Budapest). Die infektiösen Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates.
(Budapesti Orvosi Ujság 1905. Nr. 20.)

Verf. bespricht die Erkrankungen, deren Ätiologie, Symptomatologie und Behandlung sehr eingehend. Besondere Beachtung wird den sozialen Standpunkten gewidmet. Zur Verhütung der Erkrankungen müssen einerseits die puerperalen Infektionen, andererseits die Gonorrhöe beschränkt werden. Das erste ist durch eine gute Ausbildung intelligenter Hebammen, das zweite durch eine strenge Kontrolle der Prostitution zu erreichen. **Temesváry** (Budapest).

6) **G. Levi** (Tunis). Eine neue Methode der Stomatoplastik für die Behandlung der Sterilität und Dysmenorrhöe.
(Arch. di ost e gin. 1905. August.)

Die Operationsmethode des Verf.s (Stomatoplastikbildung des Muttermundes) bezweckt eine möglichst breite Freilegung der Cervixhöhle, jedoch ohne Schädi-

gung der Ernährungsverhältnisse; das Wesentliche des Verfahrens besteht darin, daß der Cervicalteil der Länge nach, sowohl vorn als hinten, in seiner ganzen Dicke durchschnitten und die Schleimhaut desselben an die vorher angefrischte Vaginalschleimhaut angenäht wird. Die Anfrischung der letzteren erfolgt jeweils in der Weise, daß ein bogenförmiger, mit seiner Spitze nach dem Os externum gerichteter Lappen umschnitten und nach oben zurückgeschoben wird. Ausschabung und Ätzung des Uteruscavum gehen voraus. Das Resultat der Operation ist, wie aus der Beschreibung und auch aus den beigefügten Abbildungen hervorgeht, eine breite (quere) Entfaltung des Cervicalraumes. Verf. hat das Verfahren bei fünf Kranken mit günstigem Erfolgt angewandt. **H. Bartsch** (Heidelberg).

7) **K. Knotz** (Wiener-Neustadt). Ein Fall von Doppelbildung des weiblichen Genitales.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Bei einer Frau, die einmal spontan abortiert und zweimal normal geboren hatte, stellte sich 4 Monate nach dem zweiten Partus angeblich ein »Vorfall« ein. Dieser »Vorfall« entpuppte sich bei der gynäkologischen Untersuchung als ein die ganze Vagina teilendes Septum, welches exzidiert wurde. Außerdem bestand ein Uterus duplex. Zwei Zeichnungen illustrieren die kurze Krankengeschichte.

Keitler (Wien).

8) **M. Penkert.** Lumbalanästhesie im Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 14.)

Es handelt sich um eine Kombination der Stovain-Suprarenin-Lumbalanästhesie mit Skopolamin-Morphium. Der Hauptvorzug dieser Methode liegt in dem Fehlen jeglicher Erinnerung an die Operation. Die Kranken machen nach dem Erwachen nicht den Eindruck von Schweroperierten. Da das Skopolamin eine austrocknende Wirkung auf die Schleimhäute besitzt, so ist ein weiterer Vorzug der Methode noch zu erwarten, nämlich das Ausbleiben postoperativer Bronchitiden. Das Verfahren wurde mit ausgezeichnetem Erfolg angewendet bei einer größeren Reihe gynäkologischer Operationen (vaginale und abdominale Totalexstirpation, Ovariotomie usw.), bei der Ausräumung von Aborten, Austastung und Ausschabung des Uterus, sowie bei der Cystoskopie unter schwierigen Verhältnissen.

Bei Anwendung der Lumbalanästhesie allein bietet die psychische Aufregung der Pat. ein zu großes Hindernis für die Durchführung der notwendigen Maßnahmen (Beckenhochlagerung usw.). In folgender Weise wurde die Methode gehandhabt: ca. 2½ bis 3 Stunden vor Beginn der Operation in ca. 1stündigem Intervall je eine Spritze Morphium 0,01 + Skopolamin 0,0003, bis der gewünschte Dämmerzustand erreicht ist. Die Tags zuvor vorbereiteten und desinfizierten Kranken werden dann in das vor äußerem Lärm und hellem Licht geschützte Narkosezimmer gebettet und ihnen zugleich Antiphone in den äußeren Gehörgang gesteckt. Dann wird in sitzender Stellung unter Chloräthylspray die Lumbalinjektion mit Stovain-Suprarenin vorgenommen, und dann das Gesicht der Pat. mit einem blauen Tuche bedeckt und die Augen mit einer dunklen Brille geschützt.

Frickhinger (München).

9) **A. P. Gubarew.** Zur Frage über die Vergleichung der abdominalen Methode mit der vaginalen bei Operationen der Beckenorgane der Frauen.

(Journ. akusch. i shensk. boljesn. 1905. Juni.)

Verf. ist ein eifriger Vertreter der abdominalen Methode. Seiner Meinung nach sind die vielen Vorzüge, die von den Vertretern der vaginalen Methode derselben zugeschrieben werden, sehr zweifelhaft. So z. B. unterscheidet sich sehr oft das Selbstbefinden der Kranken nach abdominaler Operation nicht von dem nach vaginaler Operation; der quälende Durst nach Laparotomie kann vollständig beseitigt werden, wenn nach der Operation vor dem Erwachen der Pat. in der

Lage mit aufgehobenem Becken ein Klistier mit physiologischer Kochsalzlösung gegeben wird; Schmerzen infolge der Zusammenpressung der Nerven werden durch abgesonderte Unterbindung der Gefäße beseitigt, bei methodischer Bandagierung des Leibes ist das Liegen auf dem Rücken nicht unbedingt nötig; die Bildung einer Hernie wird bei regelrecht angelegter Naht sehr selten beobachtet. Die vaginalen Operationen aber werden sehr oft von schweren Komplikationen begleitet. So z. B. sieht man oft Erscheinungen der Reizung des Peritoneums in den oberen Teilen, welche in den Fällen vorkommen, wenn man mit dem Netze die verwundete Stelle des Peritoneums nicht decken und damit die nachfolgende Verwachsung der Därme vermeiden und alles das begrenzen kann, was Ausgangspunkt für für Infektion sein kann. Bei abdominaler Operation sind alle Bedingungen vorhanden, um das verwundete Peritoneum mit dem Netze zu decken. Ferner ist bei vaginaler Exstirpation der karzinomatösen Gebärmutter die Verletzung der Harnorgane in solcher Form möglich, welche bei abdominaler Operation unmöglich ist. Es gibt eine Reihe von Fällen, bei welchen die vaginale Methode nicht angewendet werden kann, da die genaue Diagnose und die Verhältnisse der Organe nur bei abdominaler Laparotomie festgestellt werden können, z. B. Fälle von Extrauterin-Schwangerschaft, die mit eitriger Appendicitis kompliziert sind. Die Anwendung der konservativen Methode bei Erkankungen der Adnexa ist viel schwerer bei vaginaler Methode. In den für die Diagnose unsicheren Fällen muß man nach Verf.s Meinung mit der abdominalen Laparotomie beginnen und später, wenn es nötig wird, zur vaginalen Operation übergehen. Es kommen auch Fälle vor, bei denen der vaginale Weg einige Schwierigkeiten der abdominalen Methode beseitigen kann; jedenfalls ist es nur bei der letzteren Methode möglich, wenn es nötig wird, jede beliebige Operation an jedem beliebigen Organe der Bauchhöhle auszuführen.

M. Gerschun (Kiew).

10) **J. L. Jakobson.** Zur Frage über Kolpoköliotomie bei einigen Erkrankungen der Uterusadnexa.

Diss., Petersburg, 1903.

Vom 8. Mai 1895 bis zum 8. Mai 1902 wurde Kolpoköliotomie von Prof. Ott 138mal bei Erkrankungen der Uterusadnexa ausgeführt, wobei 126mal wegen Tumoren der Ovarien und Tuben und 12mal bei Extra-uterin-Gravidität. Von den operierten Kranken starb nur eine am 11. Tage nach der Operation an septischer Peritonitis. 107mal wurde Colpocoeliotomia posterior, 6mal anterior ausgeführt und 13mal der Uterus entfernt. Bei der Colpocoeliotomia anterior wurde das Gewölbe in 5 Fällen, bei der Colpocoeliotomia posterior in 82 Fällen vollständig geschlossen. Drainage mit Jodoformgaze wurde 19mal angewendet; außerdem wurde die Cystenhöhle in 4 Fällen und der gebliebene Teil des Cystensackes in 2 Fällen tamponiert. Bei 52 Pat. verlief die Postoperationszeit vollständig fieberlos, 29 fieberten längere Zeit, wobei 22 Pat. wegen der ausgeführten Operation fieberten.

Auf Grund dieser Beobachtungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

Colpocoeliotomia posterior ist in folgenden Fällen indiziert:

1) Bei Entzündung der Ovarien, der Tuben mit Bildung von Tubo-Ovarialtumoren, beweglichen oder adhärenten, einseitigen oder bilateralen.

2) Bei diesen Bedingungen ist die Operation indiziert bei Tumoren, die höchstens den Nabel erreichen; bei Tumoren mit serösem Inhalt immer, bei den mit eitrigem Inhalte nur, wenn keine Adhäsionen vorhanden sind.

3) Bei cystischen Neubildungen der Ovarien, die im kleinen Becken liegen, oder von ihm ausgehen, wenn das untere Segment des Tumors zum Zwecke der Punktion sichtbar werden kann.

4) Bei diesen Bedingungen können cystische Tumoren jeder Größe operiert werden, wenn man weiß, daß keine besonders derben Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand oder mit Organen, die oberhalb der Linea innominata liegen, vorhanden sind.

5) Die cystischen Tumoren, papilläre oder drüsige, ein- oder mehrkammerige, dermoide und intraligamentäre, können auf diesem Wege operiert werden.

6) Bösartige Tumoren können per colpocoeliotomiam operiert werden, wenn man hoffen kann, daß sie in toto entfernt werden müssen. Bösartig degenerierte Tumoren können auch bei verschiedener Größe operiert werden unter der Bedingung vollständiger Entfernung.

7) Vaginale Operation ist bei allen Fällen von frühzeitiger Extra-uterin-Schwangerschaft bis zum 4. Monat indiziert; auch hat sie Vorzüge bei späterer Schwangerschaft mit zerfallener Frucht.

8) Bei Adhäsionen im Becken, als Folge der Pelveoperitonitis ist die Eröffnung des hinteren Gewölbes zum Zwecke der Lösung der Adhäsionen indiziert (Colpotomia conservativa).

9) Die Kolpoköliotomie kann auch während der Schwangerschaft und der Geburt ausgeführt werden.

Colpocoeliotomia anterior ist bei den durch Adhäsionen im vorderen Gewölbe fixierten Tumoren der Adnexa indiziert. **M. Gerschun** (Kiew).

11) **R. Ziegenspeck** (München). Die Lehre von der doppelten Einmündung der unteren Hohlvene in die Vorhöfe des Herzens und der Autoritätsglaube.

(Sammlung klin. Vortr. N. F. Nr. 401. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1906.)

Die bislang allgemein gültigen Lehren Harvey's, Sabattier's und Bichat's über die Einmündung der Hohlvenen in das Herz wurden durch Verf.s umfassende und sorgfältige Untersuchungen und vergleichende Messungen an geeignet fixierten Präparaten wesentlich umgestaltet und vereinfacht. Das von ihm gefundene »Gesetz der Halbierungen des Blutes im Fötalkreislauf« basiert auf folgenden Tatsachen:

Die Blutmenge, die in der unteren Hohlvene zum Herzen zurückkehrt, teilt sich am Limbus Vieusenii in zwei gleiche Teile. Der eine mischt sich im rechten Vorhof mit dem Blute der Vena cava sup., der andere im linken mit dem der Lungenvenen. Das Blut des rechten Herzens geht dann zur einen Hälfte in die Lungenarterie, zur anderen durch den Ductus arteriosus in die Aorta descendens, das des linken Herzens ebenfalls halb in die Aorta descendens (durch das Schaltstück), halb in die Aorta ascendens. Die linke Mündung der Vena cava inf. ist etwas enger als die rechte, denn ursprünglich mündet die ganze Vena cava inf. in den rechten Vorhof. Durch sekundären Durchbruch des Ventrikelseptums infolge Aspiration gelangt aber auch in diesem frühen Stadium das zur Füllung nötige Quantum aus der Vena cava inf. in das linke Herz. Diese Mischung des venösen und arteriellen Blutes beim Embryo deutet darauf hin, daß derselbe sich im Uterus unter ähnlichen Verhältnissen befindet, wie ein Kaltblüter — er braucht eben an die Umgebung keine Wärme abzugeben —.

Die Placenta ist in das arterielle System eingeschaltet, wie das Kiemennetz bei Kiemenatmern. Bis zur Porta hepatis herrscht positiver Druck, dann folgt als Schaltstück der Ductus venosus Arantii, der den Übergang zum negativen Druck vermittelt. Sonst hat derselbe keine wesentliche Bedeutung und ist bereits von der 16.—20. Woche an ein sowohl im Bau als in der Entwicklung stillstehendes Gefäß. **Michel** (Koblenz).

12) **H. Bayer** (Straßburg). Die Menstruation in ihrer Beziehung zur Konzeptionsfähigkeit.

Straßburg, **Schlesier & Schweickardt,** 1906.

Ovulation und Menstruation sind völlig selbständige Prozesse, die nur indirekt durch die trophischen Beziehungen zwischen Ovar und Uterus in Beziehung stehen. Die Menstruation ist der Brunst der Tiere analog. Ebenso wie nach dieser ist auch bei ersterer die Konzeptionsfähigkeit erhöht. Letzteres ist darauf zurückzuführen, daß während der Menstruation das Uterusepithel den Flimmerbesatz verliert, wodurch den Spermatozoen das Hinaufwandern erleichtert wird.

Verf. betrachtet die Menstruation daher als »eine Anpassungserscheinung, hervorgegangen aus der Notwendigkeit, die phylogenetisch zum Zwecke der Eiablage überkommene Flimmerung im Interesse der Konzeption zeitweilig zu unterbrechen«. Nach dieser Theorie findet demnach die Konzeption gewöhnlich nach der letzten Menstruation statt, die Imprägnation dagegen erst am Ende der katamenialen Zwischenzeit, wenn die Ovulation vor sich gegangen ist. **Michel** (Koblenz).

13) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). Die Bedeutung der Anästhesie in der Entzündungstherapie.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

Auf Grund ausschließlich klinischer Beobachtungen und einzelner Experimente ist Verf. zu einer höchst eigenartigen Auffassung der Entzündungsvorgänge gekommen. Nach seiner Meinung ist die Entzündung nichts weiter als ein Reflexvorgang, der durch die vom Herde der eingedrungenen Schädlichkeit zentripetal verlaufenden sensiblen Nerven ausgelöst wird. Sind diese Nerven durch Anästhesierung der in Betracht kommenden Gewebsteile ausgeschaltet — sei es durch Geisteskrankheiten, Hysterie, Tabes usw., oder künstlich durch Anästhetika, wozu Verf. auch viele Antipyretika rechnet —, so kommt es nicht zu entzündlichen Erscheinungen. Voraussetzung ist dabei, daß das »normale Spiel der sympathischen Nerven« nicht gestört ist. Ferner soll es durch Anästhesierung des Entzündungsherdes möglich sein, eine schon bestehende Entzündung rasch der Heilung entgegenzuführen. **Michel** (Koblenz).

14) **G. Guicciardi** (Florenz). Über spontane Tubenresektion.

(Ginecologia 1905. Nr. 4.)

Verf. berichtet über das äußerst seltene Vorkommen einer spontanen und völligen Kontinuitätstrennung der Tube; er hat einige Fälle dieser Art aus der Literatur zusammengestellt und teilt dieselben, gleichzeitig mit mehreren Fällen von Torsion der Tube, in Kürze mit. Auch in der Florentiner Klinik wurden ähnliche Vorkommnisse beobachtet; und zwar fand sich unter 1041 Laparotomien 5mal eine Torsion der Tube (bei Tumoren oder Flüssigkeitsansammlung in der Tube), während drei Fälle von wirklicher Amputation oder Resektion des Organs vorkamen. Besonders instruktiv ist der letzte Fall, der ausführlicher mitgeteilt und durch die beigegebene Abbildung illustriert wird. Es handelte sich um eine 49jährige Frau, Nullipara, mit einem cystischen Tumor der rechten Adnexe. Die genauere Diagnose (nach der Laparotomie) lautete: Saktosalpinx rechterseits, auf den ampullären Teil der Tube beschränkt, und beiderseitige Periovariosalpingitis. Der uterine Stumpf der Tube war nur 2—3 cm lang; zwischen den beiden Tubenenden war eine Distanz von etwa 3 cm. Die Tubencyste enthielt eine käsige Substanz. Der vorliegende Fall ist also ein Beispiel der echten, spontanen Tubenresektion. Im Anschluß an diesen Bericht erörtert Verf. die ätiologischen und mechanischen Bedingungen dieses Vorkommnisses. Als ursächlich-disponierende Momente kommen vorzugsweise in Betracht: Saktosalpinx des ampullären Teiles, ovarielle und parovarielle Tumoren, Hydro- und Hämatosalpinx. Als mechanische Faktoren sind anzusehen: übermäßige und progressive Verlängerung der Tube, Torsion derselben oder Bildung einer winkligen Knickung im Verlauf derselben; auch in dem vom Verf. mitgeteilten Falle ist wohl der letztgenannte Mechanismus wirksam gewesen. **H. Bartsch** (Heidelberg)

15) **Müller** (Hamburg). Ein neues Jodpräparat und dessen Verwendung in der Gynäkologie und Chirurgie.

(Heilkunde 1906. Februar.)

Das Jothion (Bayer u. Comp.) enthält zu 80% Jod in chemischer Bindung und besitzt eine sehr beträchtliche Resorbierbarkeit durch die intakte Haut. Die resorptionsbeschleunigende Wirkung bemerkt man bei para- und perimetritischen Exsudaten; sie übertrifft die zu diesem Zwecke bisher verwendeten Medikamente

bedeutend. Jothion wird als Salbe auf den Unterleib eingerieben oder vaginal appliziert. Letzteres geschieht durch Pinselung der Scheidengewölbe und Portio mit $1^1/_2$%iger Lösung, oder durch Einlegen kleiner mit 5%iger Lösung getränkter Tampons, die 3—4 Stunden liegen bleiben. Stärkere Lösungen können die Schleimhaut schädigen, auch intra-uterine Anwendung ist nicht ganz unbedenklich. Da eine 25%ige Lösung stark antiseptisch wirkt, wird man sie zur Vorbereitung der Haut und Schleimhaut für Operationen verwenden. Pruritus vulvae wurde mit Jothionpinselungen (12,5%iger Lösung, jeden 2. Tag) in 8 Tagen beseitigt. Erysipele konnte M. durch Auftragen einer $12^1/_2$%igen Salbe, die allerdings ziemlich schmerzt, rasch kupieren.

Auch zur Desinfektion der Hände des Operateurs ist Einreiben von $12^1/_2$%iger spirituöser Jothionlösung sehr zu empfehlen. **Witthauer** (Halle a. S.).

16) **Krause** (Strasburg i. Westpr.). Über die Desinfektion der Hände nach Fürbringer und die wichtigsten Operationen in der geburtshilflichen Praxis, auf Grund von 270 beobachteten Fällen besprochen.

(Therapeutische Monatshefte 1905. August u. September.)

Die Arbeit, welche viel Interessantes aus der Praxis enthält, eignet sich nicht zum Referat. Auf die sämtlichen 270 geburtshilflichen Verrichtungen kommen 18 Todesfälle = 6,6%. Hiervon fallen $^1/_3$ auf Tod durch Erschöpfung oder Verblutung, $^1/_3$ auf interkurrente Erkrankungen, $^1/_3$ auf Wochenbettserkrankungen = 2,2%. Die Desinfektion nach Fürbringer hat sich ganz außerordentlich bewährt, zumal K. seine Hände von Desinfektionskeimen nie freihalten konnte. Aber nicht allein die Säuberung der Kreißenden durch Hebamme und Arzt ist es, die in Betracht kommt; es gilt vielmehr, die Frauen selbst zur prophylaktischen Sauberkeit zu erziehen. **Witthauer** (Halle a. S.).

17) **R. Heidenhain** (Marienwerder). Wanderniere der Frauen.

(Therapeutische Monatshefte 1906. Februar.)

Verf. bespricht und kritisiert die Ansichten über die Entstehung der Wanderniere und bekennt sich als Anhänger der Theorie von Wolkow und Delitzin, welche durch mühevolle Untersuchungen, durch Gipsabgüsse usw. die Existenz der paravertebralen Nischen feststellten. Die Lage der Nieren ist nur dann gesichert, wenn diese Nischen eine ganz bestimmte Form haben, die bei Männern und Frauen von ganz bestimmter Form und Gestaltung ist. Bei jenen präsentieren sie sich als gleichmäßig tief, sich nach unten hin trichterförmig verjüngend; bei diesen sind sie zylindrisch gebaut, und überall da, wo Tiefstand der Niere bestand, auffallend flach, besonders auf der rechten Seite. Die Nieren werden durch ihren Fixationsapparat nur ungenügend in ihrer Lage gehalten, wenn ihnen nicht als schwerstwiegender Faktor das abdominelle Gleichgewicht zu Hilfe käme, d. h. die durch die Elastizität der Bauchdecken und Eingeweide hervorgerufene und stets nur in gewissen kleinen Grenzen schwankende Spannung im Abdomen.

Das Organ an seine richtige Stelle zurückzubringen, gelingt nie vollkommen. Von Operationen, die aber nur selten nötig sind, scheint die Schede'sche die beste, von den vielen Binden der Glénard'sche hypogastrische Gurt. (Ref. erlaubt sich, die von ihm erfundene Leibbinde in Erinnerung zu bringen, die sich außerordentlich bewährt hat und von J. G. von der Linde in Hannover gefertigt wird.)

Witthauer (Halle a. S.).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 48. Sonnabend, den 1. Dezember. 1906.

Inhalt.

I.

(Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg i. Pr. Direktor: Prof. Dr. Winter.)

Beitrag zur Technik und Indikation der Pubotomie.

Von

Privatdozent Dr. **W. Zangemeister**.

Bei dem großen Interesse, welches der Pubotomie entgegengebracht wird, scheint mir die Beantwortung zweier Fragen wichtig zu sein, welche direkt die Technik betreffen, deren Beantwortung aber indirekt auch die Indikationsbreite der Operation beeinflussen wird. Diese Fragen spiegeln sich namentlich in einer Polemik Seeligmann's (Zentralblatt für Gynäkologie 1906 Nr. 38) gegen die von Bumm empfohlene Technik (Bumm, Zentralblatt für Gynäkologie 1906 Nr. 32 und Stoeckel, Zentralblatt für Gynäkologie 1906 Nr. 3) wieder:

1) Soll man den Schambogen von oben nach unten (Gigli, Döderlein, Seeligmann) oder von unten nach oben (van de Velde, Walcher, Bumm) mit der die Säge leitenden Nadel umstechen?

2) Soll man unter Zuhilfenahme von Einschnitten den Schambogen (für Finger oder Auge) freilegen (van de Velde, Gigli, Döderlein, Seeligmann) oder mit der Nadel, Hohlsonde allein den Weg suchen (Walcher, Bumm)?

ad 1: Ich halte den Weg von unten nach oben für den weitaus sichereren deshalb nämlich, weil man erstens den unteren Rand des Schambogens, namentlich bei fetten Individuen, viel leichter durchfühlen und demnach mit der Nadel schneller und sicherer erreichen und umgehen kann als den oberen. Aus dem gleichen Grund ist — trotz aller Einwände — die Verletzung der Corp. cavernosa clitor., der Venengeflechte beim Eingehen von unten eine geringere, die Blutung in der Tat eine wesentlich schwächere. Denn die Nadel trifft hier nur die unmittelbar am Arcus pubis gelegenen Gefäße; die weiter abliegenden werden (wenigstens zunächst) geschont, während sie, wenn man unten aussticht, viel leichter mit in das Bereich der Sägeschnittfläche fallen müssen. Der Nachweis Tandler's, daß die Corpora cavern. clit. dem Schambogen so innig anliegen, daß sie, wenn sie nicht von der Säge getroffen werden, beim Klaffen des Knochens einreißen müssen, beweist durchaus nicht, daß im letzteren Falle die Blutung ebenso stark sein muß, da das sekundär **durchreißende** kavernöse Gewebe nicht in gleichem Maße bluten muß und bluten wird als wenn es primär **mit der Säge** durchtrennt wird. Die Erfahrung bestätigt diese Überlegung. Ferner läßt sich die von oben eingeführte Nadel oder Hohlsonde nicht annähernd so sicher und leicht dirigieren und den richtigen Weg führen (Abweichen des Instrumentes nach den Seiten, nach hinten oder vorn sind schwerer zu vermeiden) als beim Einführen (insbesondere der Bumm'schen Nadel) von unten und Emporschieben der Nadel längs der Symphyse unter Kontrolle von der Scheide aus. Wichtig ist das Herüberziehen der Weichteile der Vulva nach der anderen Seite (Bumm), einesteils der geringeren Blutung wegen, anderenteils auch, weil die Infektionsgefahr des Wundkanals vom Genitale aus dadurch sicherer vermieden werden dürfte.

ad 2: Wenn man von unten einsticht, ist der Knochenrand so leicht durchzufühlen, daß jeder orientierende Einschnitt unnötig ist. Sobald man den oberen Symphysenrand passiert hat, gleitet das Instrument so leicht nach vorn, daß auch hier kein Schnitt notwendig wird.

Was das anzuwendende Instrument betrifft, so ziehe ich die Bumm'sche Nadel allen anderen vor; das dicke, kantige Seeligmann-sche Instrument schafft einen ganz unnötig großen Wundkanal, der stärker blutet und leichter zu einer Infektion Anlaß geben wird. Meines Erachtens ist außerdem die Krümmung des Seeligmann-schen Instrumentes zu gering; man muß, um möglichst dicht unter dem Schambogen auszustechen (und dies ist zweckmäßig, um die Weichteile nicht unnötig anzusägen), das Instrument oben von der Symphyse nach hinten abdrängen. Ein Schutz der Säge nach hinten, wie ihn die Seeligmann'sche Hohlrinne bezweckt, ist völlig über-

flüssig, da sich die dünne Drahtsäge beim Anziehen sofort nach vorn in das Periost e. c. einschmiegt und nach hinten unmöglich verletzen kann. Was die Bumm'sche Nadel betrifft, so ist die Lage des Handgriffes in der Ebene der Nadel besonders handlich; sie ist auch deshalb zweckmäßig, weil man unmittelbar vor einer etwa im Querbett liegenden Kreißenden operieren kann, ohne, wie bei den nach Art einer Aneurysmanadel rechtwinkelig abgebogenen Nadeln, mehr oder weniger durch die Oberschenkel behindert zu werden.

Zwei unwesentliche Kleinigkeiten scheinen mir an der Nadel Bumm's nicht zweckmäßig und veränderungsbedürftig: erstens ist sie übertrieben spitz, so daß sich beim Herumgehen um den Knochen, wobei man sich dicht an diesen halten muß, die Spitze allzuleicht im Periost und Knochen verfängt; ein geringes Abstumpfen der Nadel, so daß sie zwar ziemlich scharf, aber nicht allzu spitz ist, läßt diesen Nachteil, wie ich mich überzeugt habe, beseitigen. Dadurch wird ev. ein unbedeutender Hautschnitt für die Nadel oben und unten nötig.

Zweitens ist es mir bei einer Kreißenden mit starkem Pannic. adipos. passiert, daß die Spitze des Instruments trotz starken Senkens des Handgriffes nur unter Schwierigkeiten über der Symphyse herausgearbeitet werden konnte; eine Verlängerung der Nadel im Verlaufe der ihr eigenen Krümmung um einige Zentimeter ist deshalb vorteilhaft.

Betreffs des Abstandes der Sägefläche von der Symphyse halte ich mit Bumm eine möglichste Annäherung an die Schamfuge für zweckmäßig, erstens weil die Beckenerweiterung, wie heute als feststehend gelten kann, eine ausgiebigere ist, je weniger weit man sich von der Symphyse entfernt, und zweitens weil die »Umstechung« des Schambeins in seiner schmalsten Partie technisch einfacher und schneller geht und insgesamt eine etwas geringere Wunde schafft. Man hält sich am besten unmittelbar an die Symyhyse; die letztere selbst vermeidet man schon deshalb meist ohne weiteres, weil die hintere Symph. crista die Säge seitlich abgleiten läßt.

Während die Pubotomie mit Inzisionen ebenso wie die Symphyseotomie noch immer ein derartiges Gepräge trägt, daß sie schwerlich von vielen Geburtshelfern im Privathaus ausgeführt werden dürfte (Asepsis, Assistenz), ist durch die **subkutane** Methode, insbesondere die Bumm'sche Technik, dem Eingriff **diejenige Einfachheit und Leichtigkeit verliehen**, welche sie haben muß, um ohne größere Vorbereitungen und ohne allzu große operative Erfahrung **auch in der geburtshilflichen Hauspraxis** angewandt zu werden.

Selbst wenn sich herausstellen sollte, daß die Beckenerweiterung, wie Seeligmann glaubt, bei dem Bumm'schen Verfahren eine etwas geringere ist (was überdies zweifelhaft ist), wird daher die einfachere und ungefährlichere Walcher-Bumm'sche Methode den Vorzug verdienen.

Betreffs einer event. Vereinigung der Pubotomie mit einer entbindenden Operation halte ich namentlich im Hinblick auf

die Erfahrungen, welche ich als Schüler Zweifel's bei Symphyseotomien habe sammeln können, einen spontanen Geburtsverlauf nach der Pubotomie für das ideale Endziel. Man wird aber bei der Pubotomie von diesem Grundsatze leichter abgehen können und häufiger abgehen müssen. Denn es scheinen Weichteilverletzungen sowohl wie Wundinfektionen nach der Pubotomie nicht so sehr zu befürchten zu sein als nach der Symphyseotomie; infolgedessen ist die Pubotomie (wenigstens das einfache subkutane Verfahren) weniger einzuschränken als die Symphyseotomie, bei welch letzterer Gefahren für das Kind und schlechte Wehen, da man auf einen spontanen Geburtsverlauf eben fast ganz angewiesen war, als Kontraindikationen gelten mußten. Auch bei Infektionen des Genitalkanals, bei denen die Symphyseotomie erfahrungsgemäß recht gefährlich ist, wird die Pubotomie (namentlich die Bumm'sche Methode) mit ihrer kleinen, viel leichter zu schützenden Wunde mit geringerer Gefahr ausführbar sein. Die Pubotomie gewänne dadurch ein Gebiet, auf dem man bisher immer noch auf die Perforation des lebenden Kindes angewiesen war, nämlich die Fälle, in welchen bei nicht mehr möglicher Wendung und aussichtsloser hoher Zange eine Infektion des Geburtsschlauches besteht, welche die schleunige Entbindung verlangt.

Das ideale abwartende Verfahren nach der Pubotomie wird meines Erachtens beschränkt werden auf diejenigen Fälle, in welchen eine Gefahr weder für die Mutter noch für das Kind besteht; und selbst unter diesen Fällen wird man sich sowohl bei schlechten Wehen als auch bei solchen Mehrgebärenden, welche bisher nur tote Kinder (infolge der Beckenenge) geboren haben, zweckmäßiger zu einem aktiven Vorgehen nach der Pubotomie entschließen, da durch dasselbe das kindliche Leben sicherer erhalten werden kann. Ein solches Vorgehen würde ich auch für richtig halten, wenn zwar eine Gefahr noch nicht besteht, aber im Anzug ist, wie z. B. bei Mekoniumabgang bei noch guten Herztönen oder bei schnellem Hochsteigen des Kontraktionsringes, ohne daß eine Uterusruptur bereits nahe bevorsteht. Die größere Gefahr von Weichteilverletzungen nach der Pubotomie bei Erstgebärenden führt dazu, bei diesen ganz besonders einen spontanen Verlauf nach der Beckenspaltung anzustreben oder aber von der Pubotomie ganz abzusehen.

Unter den aktiven Entbindungsmanövern halte ich mit Döderlein (Zentralblatt für Gynäkologie 1904 p. 1241) die Wendung und Extraktion für Mutter und Kind für schonender als die hohe Zange. Gelingt es den Kopf nach Hofmeier einzudrücken, so ist auch dieses Verfahren mit nachfolgendem Forceps zweifellos gut. Im übrigen wird, da der Kopf über dem Becken steht, auch hier nach der Pubotomie die Wendung und Extraktion das typische Verfahren bleiben, wenn man den spontanen Verlauf nicht abwarten darf. Die Vereinigung der Pubotomie mit der Wendung und Extraktion gewinnt zwei nicht zu unterschätzende Vorzüge,

wenn man nach dem Vorschlage Döderlein's (Zentralblatt für Gynäkol. 1904 p. 1243) verfährt, indem man zunächst nur die Drahtsäge durchlegt, dann die Wendung und Extraktion ausführt und erst, wenn die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes auf Schwierigkeiten stößt, durchsägt resp. von einem Assistenten durchsägen läßt. Dadurch erreicht man erstens, daß man das Becken nur zu spalten braucht, wenn es wirklich mechanisch notwendig ist; in einzelnen Fällen[1] wird der Kopf auch ohne Durchsägen des Beckens hindurchgehen, da die räumliche Beurteilung des Beckens an sich, als besonders das Verhältnis des letzteren zu dem im konkreten Fall als Geburtsobjekt dienenden (mehr oder minder großen, bald mehr, bald weniger nachgiebigen) Kopf nur bis zu einem gewissen Grade möglich ist. Damit hat man den gefährlicheren Teil der Pubotomie vermieden und die Wendung und Extraktion nur durch das meines Erachtens fast ungefährliche Durchlegen der Säge kompliziert. Zweitens bietet das Döderlein'sche Verfahren den Vorteil, daß der ganze Akt der Wendung und Extraktion bis zur Kopfentwicklung noch bei ungespaltenem Becken ausgeführt wird und somit die Weichteile nicht den Gefahren ausgesetzt werden, die wir von der Wendung und Extraktion nach Ausführung der Pubotomie resp. der Symphyseotomie kennen gelernt haben. Vielmehr setzt nur der Augenblick der Kopfentwicklung — und auch dieser nur, wenn es nötig ist — die Weichteile infolge der Beckenspaltung in Gefahr. Auch die Wendung und Extraktion beim engen Becken gewinnt damit an Sicherheit des Erfolges insbesondere für das Kind; das Steckenbleiben des nachfolgenden Kopfes und der dadurch bedingte Tod des Kindes werden sich fast immer vermeiden lassen, wenn man bei entsprechendem Mißverhältnis resp. in zweifelhaften Fällen prophylaktisch die Säge durchlegt. Wenn ich daher auch nicht die Wendung und Extraktion als das typische Verfahren nach der Pubotomie hinstellen möchte, so glaube ich doch andererseits, daß die Vereinigung der prophylaktischen (oder auch indizierten) Wendung beim engen Becken mit der Pubotomie eine große Zukunft hat.

Zum Schluß zwei Fälle, welche — ebenso wie der von Walcher (l. c.) mitgeteilte Fall — das oben berührte Verfahren erläutern, und welche außerdem zeigen, daß bei vorheriger Durchsägung des Beckens, mancher Erfolg unberechtigterweise der Beckenspaltung zugeschrieben werden kann:

1) 38jährige Kreißende; VIIpara.

I. Partus: Dauer 72 Stunden, sehr starke Wehen; Kind kam spontan tot.

II. Partus: nach 40stündiger Geburtsdauer Wendung und Extraktion (wegen engen Beckens), Perforation des nachfolgenden Kopfes.

III. Partus: hoher Zangenversuch, dann Wendung und Extraktion; Kind stirbt 2 Stunden p. p.

IV. Partus: Künstliche Frühgeburt, Wendung und Extraktion, Kind 4 Pfund, stirbt 14 Stunden p. p.

V. Partus: spontan in Schädellage; Kind 4½ Pfund, bleibt am Leben.

---

[1] Einen solchen Fall teilt auch Walcher (Zentralbl. f. Gyn. 1905 p. 1102) mit.

VI. Partus: Querlage; Wendung und Extraktion nach 40 stündiger Geburtsdauer; Kind kam tot zur Welt.

Diese Anamnese ließ mit großer Wahrscheinlichkeit ein Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken erwarten. Dazu kam folgender Befund: Querlage; Conj. diag.: 9,3 cm; stark vorspringende Symphysencrista; platt rachitisches Becken. Großes Kind.

Im Verein mit der Anamnese hielt ich die Aussichten, nach der Wendung das Kind lebend extrahieren zu können, für gering und legte daher prophylaktisch die Säge durch. Die Kopfentwicklung gelang jedoch beim ersten starken Zug unter Druck von außen. Das Kind war 54 cm lang und wog 3800 g; der biparietale Durchmesser betrug 8,6 cm. Es handelte sich also durchaus nicht um ein kleines Kind. — Verlauf für Mutter und Kind gut.

2) 28jährige Kreißende; IVpara.

I. Partus: nach 8tägiger Dauer spontan in Schädellage; Kind tot.

II. Partus: Dauer 2 Tage, Steißlage; bei der Extraktion blieb der Kopf stecken: das Kind starb ab.

III. Geburt: Dauer 2 Tage; Querlage; Wendung, Extraktion; das Kind starb dabei ab.

Befund: I. Schädellage. Kopf ragt nur mit kleinem Segment ins Becken und springt oberhalb der Symphyse deutlich vor. Conj. diagon.: 9,6 cm. platt rachitisches Becken. Im Verlauf der Wehen bildet sich eine Vorderscheitelbeineinstellung heraus, und der Kontraktionsring steigt relativ schnell in die Höhe, namentlich links. ohne daß der Kopf mit einem größeren Segment ins Becken tritt. Die kindlichen Herztöne steigen schließlich über 160. Da bei weiterer Geburtsdauer eine Überdehnung des unteren Uterinsegmentes zu befürchten war, und da zudem das Kind in Gefahr war, wurde nach Durchlegen der Drahtsäge die Wendung und Extraktion gemacht. Die erstere gelang nur unter Zuhilfenahme des Siegemund'schen Handgriffes. Die Kopfentwicklung gelang beim ersten starken Zug unter Druck von außen. Starke Druckmarke auf dem hinteren Scheitelbein, Kopf schon beträchtlich konfiguriert. Kopfknochen relativ nachgiebig. Bipariet.: 9,0 (Conj. vera nach den Druckmarken: 8,1 cm) Kind: 52 cm, 3300 g. — Verlauf für Mutter und Kind gut.

In beiden Fällen gelang es also, die Durchsägung zu vermeiden; in keinem der beiden Fälle wäre es möglich gewesen, die spontane Geburt, nach der Pubotomie abzuwarten. Ein Hämatom oder irgendeine Reaktion von seiten des Stichkanales (der außen nur mit Kollodium verklebt wurde) trat nicht auf; auch die primäre Blutung des Stiches war äußerst gering.

II.

(Aus der Bonner Frauenklinik.)

Weitere Erfahrungen mit der Pubiotomie.

Von

Privatdozent Dr. **Karl Reifferscheid**, Oberarzt.

Bei dem Interesse, das überall unter den Geburtshelfern der Pubiotomie entgegengebracht wird, ist die Mitteilung einer größeren Anzahl von Fällen sicher gerechtfertigt. Noch ist das Anwendungsgebiet der Operation kein genau abgegrenztes, und manche Fragen der Technik sind keineswegs endgültig gelöst. Von größter Wichtigkeit für die Beurteilung des Verfahrens sind vor allem die ungünstig verlaufenen Fälle, und darum möchte ich meinem Berichte über unsere weiteren Erfahrungen die Mitteilung des einen unglücklichen Falles voranstellen, den wir unter insgesamt 22 Pubiotomien in der Bonner Frauenklinik erlebt haben.

Fall XV. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 76. 26jährige IIpara. Bei der ersten Geburt war (außerhalb der Klinik), weil der Kopf nicht eintrat Wendung und Extraktion gemacht worden. Das Kind kam tot. Fieberhaftes Wochenbett. Krankenlager ca. 6 Wochen. Beckenmaße: Dist. sp. 27,5, Dist. cr. 29,0, Conj. ext. 21,0, Conj. diag. 11,0, Conj. vera auf 9,0 geschätzt. Steißlage. Bei der vorhandenen nur geringen Beckenverengerung war eine Durchsägung des Beckens nur für den Notfall in Aussicht genommen, daß der nachfolgende Kopf sich nicht durch das Becken hindurch leiten ließ. Ich legte, als der Muttermund völlig erweitert war, die Gigli'sche Säge prophylaktisch ein, und zwar unter rein subkutaner Durchführung der Bumm'schen Pubiotomienadel von oben nach unten. Dann wurde ein Fuß herabgeschlagen und an ihm die Extraktion vorgenommen. Die Entwicklung des Kopfes unter Zug von unten und kräftigem Druck von oben gelang nicht. Deshalb Durchsägung des Schambeins worauf der Kopf sich leicht durch das Becken bei einem Klaffen der Sägestelle auf ca. 3—4 cm führen ließ. Das 4200 g schwere Kind lebte. Es war 54 cm lang. Kopfumfang 39,3 (!) cm. Die Blutung war gering. Gleich nach der Geburt entleerte der Katheter blutigen Harn aus der Blase. Einlegen eines Dauerkatheters. Anfangs fließt nur wenig Urin durch den Katheter ab, während dauernd etwas Urin aus der unteren Ausstichöffnung abträufelt. Temperatur stets normal. In den nächsten Tagen floß allmählich mehr Urin durch den Katheter. Auch der fernere Verlauf war völlig fieberfrei, das Allgemeinbefinden gut, nur der Puls dauernd etwas hoch, 90—100. Die Urinentleerung aus der Blase nahm so zu, daß die feste Hoffnung bestand, daß alles zur Heilung kommen würde. Da, am Morgen des 5. Tages hebt sich Pat. beim Zurechtmachen etwas an, sinkt mit einem lauten Schmerzensschrei zurück und ist in wenigen Minuten tot. Es war zweifellos eine Lungenembolie eingetreten. Die Sektion wurde leider nicht gestattet.

Gewiß könnte man hier sagen, daß es sich um einen unabhängig von der Operation eingetretenen Todesfall an Embolie im Wochenbett handelt. Aber im Hinblick darauf, daß tatsächlich Thrombosen im Anschluß an die Pubiotomie ungleich häufiger als sonst im Wochenbett beobachtet werden, glaube ich in diesem Falle den unglücklichen Ausgang in direkten Kausalzusammenhang mit der Pubiotomie setzen zu müssen, zumal die komplizierende Blasenverletzung jedenfalls den Nachteil hatte, daß die infolge derselben eintretende Durchtränkung des Gewebes mit Urin das Entstehen einer Thrombose in der Umgebung der Operationsstelle begünstigte.

Noch in einem anderen Falle haben wir dann eine solche Blasenverletzung erlebt.

Fall XIV. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 83 (Poliklinik). Frau M. Sch., 22jähr. IIpara. Erste Geburt vor 3 Jahren. Perforation in der Klinik. Im Wochenbett Fieber. Beckenmaße: D. sp. 26,0, D. cr. 27,0, C. ext. 16,5, C. diag. 9,0, C. vera 7,5. Die diesmalige Geburt wurde von dem Assistenzart der Poliklinik, Dr. Stade, in der Wohnung der Kreißenden geleitet. Linksseitige, rein subkutane Pubiotomie, Durchführen der Nadel von oben nach unten. Wendung und Extraktion. Diastase ca. 6,0 cm. Lebendes Kind, 4000 g schwer, Kopfumfang 37,0 cm. Blutiger Urin, also Blasenverletzung, Dauerkatheter. Nach Entfernung des Katheters am 9. Tage Abträufeln von Urin aus der unteren Ausstichöffnung. Wieder Dauerkatheter. Danach Ausheilung der Blasenverletzung, aber Vereiterung der Hämatome in der linken großen Labie. Heilung ohne jede Störung der Blasenfunktion und des Gehvermögens.

Es handelte sich hier also, wie das Abträufeln von Urin aus der Ausstichöffnung beweist, um eine ähnliche schwere Blasenverletzung wie in Fall XV, die aber, ohne Störungen zu hinterlassen, zur Ausheilung kam.

In unseren übrigen Fällen verlief die Operation stets ohne jede Komplikation. Über die ersten 11 Fälle habe ich bereits in diesem Zentralblatt berichtet, die übrigen sind in Kürze die folgenden:

Fall XII. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 58 (Poliklinik). Frau A. P., 34 Jahre alt, IIIpara. Erste Geburt Zange. Zweite Geburt Wendung.

Beckenmaße: Conj. ext. 19,0 cm, Conj. diag. 10,25 cm.

Beginn der Geburt in der Nacht vom 26. zum 27. April 1906. Blasensprung 28. April 1906, 2 Uhr vormittags. Am 29. April 1906, 6 Uhr vormittags Schädellage, Vorderscheitelbeineinstellung. Prophylaktisches Einlegen der Säge links, Wendung und Extraktion, da der Kopf nicht durchgeht, Durchsägung des Knochens, Entwicklung eines lebenden Mädchens von 3500 g. Glatter Verlauf.

Fall XIII. Jg. 1906/07. J.-Nr. 69. Frau K. J., 38 Jahre alt, VIIpara. 1. Geburt spontan. Kind tot. Dann 5 künstliche Frühgeburten in der Klinik mit lebenden Kindern.

Beckenmaße: Dist. sp. 24,5, Dist. cr. 26,0, Conj. ext. 17,5, Conj. diag. 9,25, Conj. vera 8,0 (Bylicki).

Beginn der Geburt in der Nacht vom 2. zum 3. Mai 1906. Blasensprung 3. Mai 1906, 5 Uhr morgens. Schädellage. 3. Mai 1906 mittags in Lumbalanästhesie (0,04 Stovain) linksseitige Pubiotomie. Blutung aus einem Varix der linken großen Labie steht auf Umstechung. Diastase der Knochenränder 2 Finger breit. Nach 2—3 kräftigen Wehen Spontangeburt eines lebenden Knaben von 3350 g Gewicht, 51 cm Länge, 34 cm Kopfumfang.

Im Wochenbett vom 5.—9. Tage leichte Temperatursteigerung; Kathetercystitis. Sonst ungestörter Heilungsverlauf. Am 19. Tag aufgestanden. Gutes Gehvermögen.

Fall XIV und XV s. oben.

Fall XVI. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 125. Frau Z., 31 Jahre alt, IVpara. Erste Geburt Perforation. Zweite Geburt Wendung. Kind lebt, hat aber eine Lähmung des linken Armes. Dritte Geburt Wendung. Kind tot.

Beckenmaße: D. sp. 28,0, D. cr. 29,0, C. ext. 18,0, C. diag. 9,5, C. vera 8,0 cm.

Beginn der Wehen in der Nacht vom 24. zum 25. Mai 1906. Blasensprung 25. Mai 1906, 3 Uhr 30 Minuten morgens. Am 25. Mai 1906, 7 Uhr 45 Minuten morgens rechtsseitige Pubiotomie. Zange. Lebendes Kind, 3900 g schwer, 52 cm lang, Kopfumfang 36,5 cm. Fieberloses Wochenbett. Steht am 14. Tage p. part. auf. Gutes Gehvermögen.

Fall XVII. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 146. Frau G. M., 38 Jahre alt, IVpara. Erste Geburt Zange. Zweite Geburt Wendung. Dritte Geburt Zwillinge spontan.

Beckenmaße: Dist. sp. 25,5, Dist. cr. 27,0, Conj. ext. 17,5, Conj. vera 8,0 cm.

Beginn der Geburt 1. Juni 7 Uhr abends. Blasensprung 2. Juni 12 Uhr 30 Minuten mittags. Schädellage, Vorderscheitelbeineinstellung 2. Juni 5 Uhr 20 Minuten abends. In Narkose linksseitige Pubiotomie. Zange. Knochenränder klaffen gut 3 Querfinger breit. Lebendes Kind, 3450 g schwer, 51 cm lang, 36,0 cm Kopfumfang. Fieberfreies Wochenbett. Steht am 17. Tag auf. Gutes Gehvermögen.

Fall XVIII. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 155. Frau K. W., 32 Jahre alt, IIpara. Erste Geburt Perforation in der Klinik.

Beckenmaße: Dist. sp. 25,5, Dist. cr. 27,0, Conj. ext. 17,0, Conj. vera 7,5 cm.

Beginn der Geburt 5. Juni 1906, 1 Uhr morgens. 6. Juni 1906, 11 Uhr 45 Min. mittags: Muttermund eröffnet, Vorderscheitelbeineinstellung. In Narkose linksseitige Pubiotomie. Wendung und Extraktion. Knochenränder klaffen ca. 4 cm. Lebendes Kind, 3000 g schwer, 48 cm lang, Kopfumfang 36 cm. Vom 4.—7. Tage leichte Temperatursteigerung bis 38,0, übelriechender Ausfluß, sonst glatter Verlauf. Steht am 16. Tage auf. Gutes Gehvermögen.

Fall XIX. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 157. Frau K. R., 37 Jahre alt, VIpara. Erste Geburt Zange, Kind tot. Zweite Geburt spontan, Kind lebt. Dritte Geburt Wendung, Kind tot. Vierte Geburt Frühgeburt mens. VIII, Kind tot. Fünfte Geburt Prophylaktische Wendung, Kind tot nach 10 Tagen.

Beckenmaße: D. sp. 25,0, D. cr. 28,0, C. ext. 18,0, C. diag. 10,5, C. vera 8,0 cm.

Linksseitige Pubiotomie, Wendung und Extraktion, lebendes Kind, 2150 g schwer, 34 cm Kopfumfang. Anfangs fieberloses Wochenbett, vom 17.—34. Tage leichte Temperatursteigerungen bis 38,0 bzw. 38,4, verursacht durch ein flaches Exsudat an der Sägestelle, das allmählich zur Resorption kommt. Entlassung am 49. Tage. Kind wiegt 2500 g.

Fall XX. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 258. Frau E. W., 29 Jahre alt, IIpara. Erste Geburt Perforation in der Klinik.

Beckenmaße: D. sp. 25,0, D. cr. 28,0, C. ext. 17,0, C. diag. 9,0, C. vera 7,5 cm.

Beginn der Geburt 1. August 1906, 5 Uhr morgens. Blasensprung 2. August 1906, 2 Uhr 45 Minuten morgens. 2. August 1906, 5 Uhr morgens Kopf noch beweglich über dem Becken. Pubiotomie links. Diastase 5 cm. Gummischlauch um das Becken. Abwarten der spontanen Geburt, die um 6 Uhr 25 Min. morgens erfolgt, asphyktisches Kind, nach 20 Minuten wiederbelebt. 3750 g schwer, 53 cm lang, 34,5 cm Kopfumfang. Fieberloser glatter Verlauf. 17. Tag aufgestanden. Gutes Gehvermögen.

Fall XXI. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 349. Frau K. B., 25 Jahre alt, IVpara. Erste Geburt Perforation. Zweite Geburt Perforation. Dritte Geburt künstliche Frühgeburt, Kind nach 11 Tagen tot.

Beckenmaße: D. sp. 25,5, D. cr. 28,5, C. ext. 15,5, C. diag. 9,1 cm, C. vera 7,5 cm.

Beginn der Geburt in der Nacht vom 17. zum 18. September 1906. 19. September 1906, morgens 9 Uhr 55 Minuten Muttermund handtellergroß. Schädellage. Kopf beweglich über dem Becken. Linksseitige Pubiotomie von unten her nach Bumm. Keine Diastase nach der Durchsägung. Abwarten der spontanen Geburt. Kopf tritt nicht ein trotz kräftiger Wehen. Kein Auseinanderweichen der Beckenknochen. 6 Uhr 25 Minuten abends Zange am hochstehenden Kopf, dabei plötzlich Auseinanderweichen des Beckens in der Symphyse (Zerreißung des nicht durchsägten Lig. arcuat.) auf 4 cm, leichte Entwicklung eines lebenden Mädchens von 3400 g Gewicht, 49 cm Länge, 35 cm Kopfumfang. Glatter Verlauf, abgesehen von einer leichten Mastitis.

Fall XXII. Jahrg. 1906/07. J.-Nr. 393. Frau J., 31 Jahre alt, Vpara. Erste Geburt Zange, Kind tot. Zweite Geburt Zange, Kind tot. Dritte Geburt künstliche Frühgeburt in der Klinik, Kind nach 5 Monaten gestorben. Vierte Geburt künstliche Frühgeburt in der Klinik, Kind tot.

Beginn der Geburt in der Nacht vom 8. zum 9. Oktober. Blasensprung 9. Oktober 1906 2 Uhr morgens. Schädellage. 9. Oktober 8 Uhr morgens linksseitige Pubiotomie nach Bumm. Becken weicht in der Symphyse auf $^1/_2$ cm auseinander, darunter das straff gespannte Lig. arcuat. unzertrennt zu fühlen. Zange, bei der ersten Traktion zerreißt das Lig. arcuat., der Kopf läßt sich leicht entwickeln, lebendes Kind, 3800 g, 53 cm lang, Kopfumfang 35,5 cm. Aus der Harnröhre quillt etwas Blut. Katheter entleert aber klaren, nicht blutigen Urin. Blasenspülung ergibt, daß die Blase kontinent ist, die Spülflüssigkeit ist klar. Auf digitale Kompression steht die Blutung aus der Harnröhre, die nur durch einen Einriß der Harnröhrenschleimhaut zu erklären ist. Glatter Verlauf, am 4. Tage einmal 38,1, sonst fieberlos. Die Temperatursteigerung ist auf eine bestehende starke Bronchitis zu beziehen. Urinentleerung spontan, ohne Störung.

Diese Fälle sind also sämtlich glatt verlaufen, nur in dem einen Falle (XIX) kam es zu einer geringen Störung der Konvaleszenz durch Auftreten eines kleinen Exsudates an der Sägestelle. Zweimal wurde die Operation poliklinisch in der Wohnung der Kreißenden, nur unter Assistenz des Praktikanten und der Hebamme ausgeführt (XII und XIV), ein Beweis dafür, daß im allgemeinen für die einfache Operation eine besondere Assistenz nicht notwendig ist.

In den meisten Fällen wurde so operiert, daß von oben her, meist von einem kleinen Hautschnitt aus, die Nadel um das Schambein unter Leitung der in der Scheide liegenden Finger geführt wurde. Nur in den beiden letzten Fällen (XXI und XXII) habe ich auf die Empfehlung von Bumm hin seine Nadel genau nach der von ihm gegebenen Vorschrift von unten aus durchgeführt, und ich muß sagen, daß sein Verfahren überraschend leicht auszuführen

und die dabei auftretende Blutung minimal ist. Nur einen Nachteil hat das Verfahren, auf den ich bereits seinerzeit bei einer Kritik desselben auf Grund von Leichenversuchen aufmerksam gemacht habe. Es wird beim Einstechen dicht am Schambeinrand das Lig. arcuatum inf. vermieden und dann auch bei der Durchsägung nicht durchtrennt.

Und tatsächlich war in beiden Fällen zu beobachten, daß eine deutliche Diastase der Knochen, wie bei den übrigen Pubiotomien, sofort nach der Durchsägung zunächst nicht eintrat. In dem einen Fall (XXI) konnte ich nach der Durchsägung überhaupt keine Diastase fühlen. Ich hatte mir vorgenommen, die spontane Geburt abzuwarten. Aber trotz kräftiger Wehen trat der Kopf nicht ein, das Becken klaffte nicht. Als schließlich die kindlichen Herztöne dauernd beschleunigt waren, entschloß ich mich zur operativen Beendigung der Geburt und machte eine hohe Zange. Bei der ersten, allerdings mit nicht unerheblicher Kraft ausgeführten Traktion spürte ich deutlich, wie mit einem Ruck das Becken auseinander ging und bei der so entstandenen Diastase von ca. 4 cm der Kopf leicht und spielend ins Becken hineinging. Es war eben erst jetzt das Lig. arcuat. inf. zerrissen. Bei dem zweiten Falle konnte ich zwar nach der Durchsägung sofort eine Diastase von 1 cm feststellen, doch unterhalb derselben sehr deutlich das sich anspannende, noch nicht durchtrennte Lig. arcuat. fühlen, das dann erst bei der Zangenextraktion zerriß.

Noch in einer anderen Hinsicht waren diese beiden Fälle bemerkenswert. Es war beide Male nicht, wie beabsichtigt, zu einer Hebotomie gekommen, sondern eine subkutane Symphyseotomie daraus geworden. Es war eben auf der schiefen Ebene des absteigenden Schambeinastes die Säge nach oben geglitten und, wie der Touchierbefund und die Röntgenbilder beweisen, die Symphyse durchsägt worden. Jedenfalls hat sich die von Zweifel empfohlene subkutane Symphyseotomie in diesen Fällen als durchaus gleichwertig der Pubiotomie bewährt.

Wir haben, kurz zusammengefaßt, unter unseren 22 Fällen 2 schwere Blasenverletzungen (XIV und XV) mit einem Todesfall, einmal einen mit der Knochenwunde kommunizierenden Scheidenriß (III) erlebt. Von ernstlichen Störungen im Wochenbett wurde einmal eine Schenkelvenenthrombose (IX) und einmal ein kleines Exsudat an der Sägestelle (XIX) beobachtet. Leichte Temperatursteigerungen, nicht über 38,5, im Wochenbett wurden in 13 Fällen beobachtet, darunter in 3 Fällen nur eine einmalige Steigerung, fieberlos verlief das Wochenbett in 9 Fällen.

Die Geburt wurde 8mal mit der Zange, 9mal durch Wendung und Extraktion, 3mal durch Extraktion beendet, 2mal wurde der spontane Verlauf abgewartet. In 4 Fällen wurde die prophylaktische Anlegung der Säge ausgeführt und erst durchsägt, als sich die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes als unmöglich herausstellte.

Sämtliche Kinder lebten und blieben am Leben.

Die Heilung der Knochenwunde haben wir in fast allen Fällen durch Aufnahme von Röntgenbildern bei der Entlassung oder später

kontrolliert. Es zeigte sich dabei, daß nach 3—5 Wochen stets noch eine sehr deutliche Diastase der Knochenränder erkennbar blieb. In mehreren Fällen war auch bei der Entlassung noch eine deutliche Verschiebbarkeit der Knochenenden gegeneinander beim Gehen zu konstatieren. Wir konnten also die allgemein gemachte Erfahrung bestätigen, daß eine knöcherne Vereinigung zumeist nicht eintritt. Da keinerlei Störungen des Gehvermögens beobachtet wurden, so muß man in diesem Ausbleiben einer knöchernen Vereinigung einen großen Vorteil der Pubiotomie sehen. Wir dürfen also auf spätere Spontangeburten hoffen. An der Bonner Klinik ist bereits ein solcher Fall von späterer Spontangeburt beobachtet, den ich seinerzeit in diesem Blatte mitgeteilt habe.

Die Hauptgefahr der Pubiotomie liegt in der Möglichkeit der Nebenverletzungen der Blase und Scheide. Dazu kommt noch die Gefahr der Blutung, die man schon auf Grund der zahlreichen Beobachtungen für die Pubiotomie als nicht unwesentlich anzusehen geneigt war. Aber der Fall aus der Klinik v. Rosthorn beweist, daß auch bei sachgemäßer Ausführung der Operation von kompetentester Seite und trotz aller Hilfsmittel der Klinik im Anschluß an die Operation eine Verblutung möglich ist.

Die Nebenverletzungen der Scheide, vor allem die gefürchteten mit der Knochenwunde kommunizierenden Scheidenrisse, wie sie bei engen Genitalien auftreten können, wird man wohl in den meisten Fällen durch ausgiebige Scheiden-Damminzisionen vermeiden können.

Wie steht es nun mit den Blasenverletzungen? In unseren beiden Fällen sind meines Erachtens die Verletzungen so zustande gekommen, daß beim Durchführen der Nadel diese die Blase durchstochen hat und bei der folgenden Durchsägung nun die Blasenwand mit durchsägt wurde. Eine solche Verletzung der Blase beim Durchführen der Säge wird dann vorkommen können, wenn der vorliegende Kindsteil fest auf den Beckeneingang gepreßt ist und nun die Blase nach vorn über den oberen Rand der Symphyse hinweg gegen die vordere Bauchwand dicht andrängt, so daß also die Blase gewissermaßen über die Symphyse überhängt. Es wird dies besonders bei Mehrgebärenden zu befürchten sein, bei denen wegen des Hängebauches die Bauchdecken von der Symphyse an sich stark nach außen umbiegen. Dann kann auch die entleerte Blase über die Symphyse nach vorn herüberragen.

Man wird also bei der rein subkutanen Methode stets möglichst scharf um den oberen Rand des Schambeines herumzukommen suchen müssen, das ist viel wichtiger, als um den unteren Rand so scharf herumzugehen. Am besten eignet sich für diesen Zweck wohl die Bumm'sche Nadel mit ihrer starken Krümmung. Die von mir seinerzeit angegebene Nadel hat sich nicht bewährt.

Aber ich glaube, daß man überhaupt bei der rein subkutanen Methode, ob man von oben oder von unten, ob mit der oder jener Nadel operiert, nicht immer eine Blasenverletzung mit absoluter Sicher-

heit wird vermeiden können. Es gibt meines Erachtens Fälle, bei denen die Blase infolge vorangegangener Entzündungsprozesse mehr oder weniger fest mit der hinteren Wand des Schambeines verwachsen ist. Vielleicht ist auch in unseren Fällen die Blase an den Knochen fixiert gewesen, denn in beiden Fällen waren fieberhafte Wochenbetten vorausgegangen. Ist aber die Blase am Schambein festgewachsen, so wird man bei dem rein subkutanen Vorgehen, mag man sich noch so dicht mit der Nadel an den Knochen halten, eine Blasenverletzung doch gelegentlich erleben können[1]. Gelegenheit zu solchen Entzündungsprozessen ist ja bei Mehrgebärenden mit engen Becken, die oft schwere puerperale Entzündungen in früheren Wochenbetten überstanden haben, zur Genüge gegeben. Ich glaube jedenfalls annehmen zu dürfen, daß in unseren beiden Fällen solche abnorme Verwachsungen eine Rolle gespielt haben, denn die Technik war ganz die gleiche, wie bei allen anderen günstigen Fällen. Auch Rühl hat in jüngster Zeit auf die Möglichkeit solcher Verwachsungen der Blase aufmerksam gemacht.

Vermeiden können wird man in diesen Fällen eine Blasenverletzung nur dadurch, daß man nach dem Vorschlage von Döderlein operiert, event. bei Verwachsungen nach der Empfehlung von Henkel das Periost mit einem Raspatorium von der hinteren Schambeinwand ablöst. Und so bestechend auch das rein subkutane Verfahren in den glücklich verlaufenden Fällen ist, so wird man doch in dem kleinen weit genug von den Genitalien entfernten Einschnitt am oberen Schambeinrande keine besondere Komplikation zu erblicken haben angesichts der dadurch gewonnenen größeren Sicherheit vor unter Umständen lebengefährdenden Verletzungen.

Aber auch dann ist man noch nicht völlig gegen das Zustandekommen einer Blasenverletzung gesichert, da solche noch bei dem Auseinanderweichen des Beckens nach der Pubiotomie (Fälle von Baumm und Rühl) und schließlich noch durch Andrücken der Blase gegen die scharfen Knochenränder bei der Entwicklung des Kindes entstehen können. Auch Fritsch sah selbst bei einer Symphysiotomie, in Breslau ausgeführt, eine Blasen-Scheidenfistel, die bei der Zangenextraktion entstanden war. Rühl ist in seiner obenerwähnten Arbeit auf diese Verletzungen näher eingegangen.

Angesichts dieser schweren Zufälle, die bei der Pubiotomie beobachtet sind, glaube ich doch, daß die Operation nicht geeignet ist für den praktischen Arzt. Sie wird vielmehr nur dem gründlich vorgebildeten Spezialisten vorbehalten bleiben müssen, der den event.

---

[1] Daß tatsächlich solche abnorme Verwachsungen der Blase an dieser Stelle vorkommen, wurde mir gelegentlich eines Vortrages in der niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie in Düsseldorf von Herrn Prosektor Dr. Markwald, Barmen bestätigt. Er sagte in der Diskussion, daß er wohl 1- bis 2mal im Jahre so starke Verwachsung der Blase mit dem Schambein beobachte, daß es bei der Sektion noch schwer sei, die Blasenwand ohne Verrletzung der Blase vom Knochen abzulösen.

eintretenden Komplikationen gewachsen ist. Man wird auch aus dem gleichen Grund, wenn irgend möglich, die Operation in einer Klinik, wo alle Hilfsmittel zur Verfügung stehen, ausführen und nur im dringenden Notfalle im Privathause operieren.

Da die Operation nicht geeignet ist für den praktischen Arzt, so ergibt sich daraus für die Universitätskliniken die Notwendigkeit, auch weiterhin in der Behandlung des engen Beckens neben der Pubiotomie an der künstlichen Frühgeburt festzuhalten, da der klinische Lehrer in erster Linie den Bedürfnissen der Praxis wird Rechnung tragen müssen und dem Studenten das lehren muß, was er später als praktischer Arzt auch unter ungünstigen äußeren Verhältnissen auszuführen imstande sein wird.

Auch ergibt die Statistik der Pubiotomie mit 12 Todesfällen unter 202 Fällen daß die Mortalität der Mütter ungleich höher ist als bei der künstlichen Frühgeburt (5,94% bei der Pubiotomie gegen 1,4% bei der künstlichen Frühgeburt [Sarwey]). Dagegen sind allerdings bei der Pubiotomie die Aussichten für das kindliche Leben weit günstiger als bei der künstlichen Frühgeburt. Aber ich glaube, daß auch heute noch an dem alten Satze der Geburtshilfe: »Erst das Leben der Mutter, dann das des Kindes« festgehalten werden muß. Wird man beim engen Becken während der Schwangerschaft befragt, so wird man der Mutter nach Darlegung der Verhältnisse die Entscheidung überlassen, ob künstliche Frühgeburt oder Pubiotomie. Wird man erst bei der Geburt zu Hilfe gerufen, so wird man zur Rettung des Kindes stets auf der Ausführung der Pubiotomie bestehen, soweit nicht etwa der Kaiserschnitt indiziert ist, also bis zu einer Conjuguta vera von 6,75 herab.

Der Wert der Pubiotomie, die ihren Platz in der geburtshilflichen Therapie behalten wird, liegt in erster Linie in der Einschränkung des Kaiserschnittes aus relativer Indikation und der möglichsten Vermeidung der Perforation des lebenden Kindes.

III.

Kasuistischer Beitrag zur Blasenverletzung bei der Hebotomie.

Von

Dr. **H. B. Semmelink** im Haag.

Die nachfolgende Operationsgeschichte hätte ich lieber noch nicht publiziert, weil sie meine einzige Erfahrung mit der Hebotomie (und mit der Seeligmann'schen Hohlsondennadel) darstellt. Ich finde aber Veranlassung zu dieser Mitteilung in einer Arbeit des Kollegen Seeligmann in diesem Zentralblatt[1], wo er schreibt, daß seine Hohl-

[1] Zur Indikation und Technik der Hebotomie. Zentralblatt für Gynäkologie 1906. Nr. 38.

sondennadel bis jetzt in die Hände von ca. 80 deutschen und ausländischen Ärzten gelangt ist, und er verhindern möchte, daß nach den Ausführungen Bumm's dieses höchst brauchbare Instrument in die Rumpelkammer alten ärztlichen Rüstzeuges wandert.

Der Fall betraf eine 26jährige Ipara mit leicht allgemein und gleichmäßig verengtem Becken. Die Geburt begann am 5. April d. J. abends mit Ablaufen des Fruchtwassers. Erst am 8. April abends war der Muttermund vollkommen erweitert; der Kopf war kaum etwas eingetreten. Die Indikation zur Beendigung der Geburt war gegeben als richtige Wehen fehlten, die Temperatur der Pat. auf 37,7° C und der Puls auf 108 gestiegen, die kindlichen Herztöne von 144 auf 132 zurückgegangen waren. Vor der Operation wurde in Narkose noch ein vorsichtiger Zangenversuch gemacht, weil der Kopf etwas tiefer getreten zu sein schien. Wendung schien wegen Hochstehen des Kontraktionsringes zu gefährlich. Die Herztöne des Kindes waren unmittelbar vor der Operation sehr schlecht.

Ich machte dann über das linke Tub. pub. einen 2—3 cm langen Horizontalschnitt bis auf den Knochen, stach die armierte Seeligmann'sche Hohlsondennadel ein zwischen Knochen und Periost und führte sie unter stetigem Andrücken an den Knochen in einer Richtung von oben außen nach unten innen, mich überzeugend, daß ich median vom Foram. obtur. blieb. Die Spitze der Nadel wurde gegen die Haut der großen Schamlippe gedrückt (wobei ich etwas mehr median geriet als beabsichtigt war) und mit dem Messer auf die Nadelspitze eingeschnitten. Sofort nach Freilegung derselben spritzte eine Menge klarer blasser Flüssigkeit hervor: es war offenbar die Blase perforiert. Ich zog die Nadel ganz zurück, vergrößerte den Hautschnitt über das Tub. pub., schnitt wieder bis auf den Knochen, löste aber jetzt überall das Periost mit einem Elevatorium vom Knochen ab, und führte die Nadel zum zweitenmal ein, jetzt aber zwischen dem Knochen und dem in situ gelassenen Elevatorium. Die Richtung der Führung wurde natürlich auch geändert, und zwar wurde die Nadel jetzt an der Außenseite des Lab. majus ausgestochen. Jetzt wurde die Durchsägung des Knochens (median vom Foramen obtur.) vorgenommen. Sie gelang leicht und schnell, das Becken klaffte sofort soweit, daß die Zangenextraktion ohne Schwierigkeit gemacht werden konnte. Das Kind war tief asphyktisch, wurde aber bald wiederbelebt.

Aus der oberen Schnittöffnung am Tub. pub. hatte es etwas geblutet; die Blutung konnte gleich gestillt werden mittels einiger Arterienklemmen. Nach der Geburt des Kindes blutete es aber ziemlich stark (nicht beängstigend) aus den unteren Hautwunden. Diese Blutung stammte, wie die vorgenommene genauere Untersuchung erwies, größtenteils aus dem Uterus. Denn es fand sich am Introitus vaginae neben der Urethralöffnung eine kleine Rißwunde, welche wahrscheinlich bei der Extraktion des Kindes entstanden war. Als ich den Finger in diese Wunde einführte, um die Tiefe zu bestimmen, gelangte ich auf die bloßen Knochenenden des durchsägten Schambeines. Das Blut wurde also durch die Kontraktion des Uterus zum Teil durch die Wunde am Introitus zu den Knochenenden gepreßt und floß von hier durch die beiden Labialwunden (Ausstichöffnungen) ab. Eine Verletzung in den tieferen Teilen der Vagina konnte nicht konstatiert werden. Diese Blutung stand als der Uterus sich gut kontrahierte.

Es wurde nun zuerst ein Pezzer'scher Verweilkatheter in die Blase gelegt, dann die Hautwunde über dem Tub. pub. durch Naht verschlossen, in den anderen Wunden Drains bis an die Knochenenden gelegt, dann die Placenta ausgedrückt, die Pat. sodann gereinigt und mit einer fest angelegten Bauchbinde (Gurita) zwischen Sandsäcke zu Bett gebracht.

Der weitere Verlauf bot keine ernsten Komplikationen. Der Harn war schon am nächsten Tage klar, später aber mußten wir eine leichte Cystitis behandeln. Pat. klagte in den ersten Tagen über Schmerzen abwechselnd im rechten und linken Beine; diese schwanden aber, als Stuhl in großen Quantitäten abging. Auch wurde Pat. längere Zeit von einem Ödem der linken Vulvahälfte belästigt. Pat. stand am 28. April (also am 20. Tage) auf, hatte anfangs Schmerzen beim

Gehen; auch diese Schmerzen verschwanden sofort, als wir aus der Tiefe ein dünnes Drainrohr entfernten, welches wir beim Verbandwechsel herausgefallen glaubten. Seitdem ging Pat. gut umher; ihr Kind wurde an der Brust genährt.

Wenn ich dieser möglichst gedrängt gegebenen Krankengeschichte einige Bemerkungen nachschicke, bin ich mir dabei bewußt, daß ich mangels größerer Erfahrung nur ein vorläufiges Urteil aussprechen kann, welches in mancher Hinsicht über den Wert eines Eindruckes nicht hinausgeht.

Trotz den Schwierigkeiten bei der Nachbehandlung hat die Operation weder mich noch die Pat. abgeschreckt. Diese Schwierigkeiten bestanden in der ersten Zeit nach der Operation darin, daß Pat. über starke Schmerzen in den Beinen klagte, als sie zur Trockenlegung oder Verbandwechslung gehoben werden mußte. Nachdem aber der Stuhl — den wir absichtlich, um die Pat. möglichst ruhig zu lassen, während einigen Tagen angehalten hatten — in großen Quantitäten abgegangen war, schwanden auch die Schmerzen, und konnte Pat. die Beine selber etwas bewegen. Die Stelle der Durchsägung schmerzte niemals. Auch die Schmerzen beim Gehen waren offenbar Folge eines Zufalles (versenktes Drainrohr). Die leichte Cystitis heilte nach Borwasserspülungen bald aus. Infektion der Wunden fand nicht statt, der Untersuchungsbefund an den Genitalia interna war negativ. Die Blutung bei der Operation wäre unbedeutend gewesen, wenn nicht eine Kommunikation mit der Vagina bestanden hätte. Der Scheidenriß am Introitus, welcher diese Kommunikation vermittelte, muß beim Durchtritt des Kopfes (Umhebeln der Zange?) entstanden sein. Nach den Ausführungen Pfannenstiel's[2] muß man gerade auf diese Risse bei der Hebotomie besonders acht geben.

Die Blase lag vor der Operation ziemlich hoch oberhalb des Schambeins, ein Katheterisierungsversuch vor der ersten Zangenanlegung mißlang. Trotzdem ich nun den ersten Hautschnitt nicht zu klein machte, um auch sehen zu können, daß ich durch das Periost auf den Knochen schnitt; trotzdem ich die Hohlsondennadel zwischen Periost und Knochen einführte und, um das Instrument sicherer zu führen, dasselbe ganz an der Spitze faßte und — immer möglichst fest an den Knochen andrückend — langsam vorwärts brachte, trotzdem wurde die Blase von der Nadel perforiert. Ich glaube nicht, daß ich vorsichtiger hätte vorgehen können. Auch das Instrument kann ich nicht anschuldigen. Doch muß ich sagen, daß mir die Nadel nicht besonders gefallen hat. Zwar ist es mir sehr bequem gewesen, daß die Säge gleich an Ort und Stelle lag, und scheint mir dies ein direkter Vorteil zu sein. Als ich aber die Nadel zuerst am Griff faßte, schien sie mir zu lang, um ohne Fingerkontrolle die Spitze sicher zu führen. Da aber die Wunde zu klein war, um einen Finger

---

[2] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXIV. Hft. 8. p. 415. Sitzungsbericht der mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie vom 12. Mai 1906.

zuzulassen, was mir ohnedem schon unsympathisch war, faßte ich die Nadel nicht weit von der Spitze. Dabei war mir aber die Krümmung und die Länge der Nadel unbequem, der relativ schwere Griff hatte Neigung zu schwanken. Ich muß deshalb gestehen, daß mir ein kürzeres und dickeres, vielleicht nach Art der Unterbindungsnadeln rechtwinkelig gebogenes Instrument lieber gewesen wäre. Nach einigen Leichenversuchen bin ich bei diesem Eindruck geblieben.

Mir scheint es also nach dieser Erfahrung wie auch nach rein theoretischer Überlegung sicherer, um, wenn man die Nadel von oben nach unten einführen will, den oberen Hautschnitt über das Schambein von vornherein nicht zu klein zu machen, das Periost bloßzulegen, und mit dem Elevatorium vom Knochen abzulösen, wie dies auch andere schon empfohlen haben. Daß dann das obere »Knopfloch« etwas größer ausfällt, die Pubiotomie nicht so »subkutan« sich gestaltet, scheint mir nicht so wichtig, wo diese Wunde doch weit genug vom Geburtstraktus entfernt liegt, und vor wie nach der Operation genügend vor Infektion von der Vulva her geschützt werden kann.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gynäkologische Gesellschaft zu Breslau.

Sitzung vom 26. Juni 1906.

Vorsitzender: Küstner; Schriftführer: Asch.

I. Schubert (als Gast) demonstriert einen leicht zu handhabenden Narkosenapparat mit einer Dosierungsvorrichtung für das Narkotikum. Er hält den Apparat nicht nur für den Gebrauch im Krankenhause, sondern auch in der allgemeinen Praxis geeignet. Eine genauere Beschreibung erscheint in einer der medizinischen Wochenschriften.

II. A. Fuchs (als Gast): Histologisches über Eiimplantation im Nebenhorne.

An der Hand dreier Präparate von Gravidität im rudimentären Nebenhorne, die durch Operation von Küstner gewonnen wurden, gibt F. die histologischen Befunde über die Art der Eiimplantation.

Da die Präparate aus dem 2., dem 6. und dem 10. Monate der Gravidität stammen, gestatten sie, eine Art Entwicklungsgang zu konstruieren.

Die Abweichungen im Verlaufe dieser Art der Schwangerschaft werden bedingt durch die präexistenten anatomischen Faktoren: Schleimhaut und Wand des rudimentären Fruchtträgers.

Aus der nicht normal vorhandenen Schleimhaut wird nur eine ihren Aufgaben nicht gewachsene Decidua gebildet. Sie ist in den Präparaten nur gerade angedeutet, wogegen die fötalen Zottenelemente bis in die tieferen Wandschichten des Fruchtträgers vorgedrungen anzutreffen sind, stellenweise Gefäßwandungen arrodierend. Die Decidua ist demnach nicht imstande, ihre Aufgabe als Grenzwall zu erfüllen, wodurch event. Blutung, Ruptur usw. ausgelöst wird. Ebenso ist auch von Wichtigkeit das Verhalten der Wandmuskulatur, die, ebenfalls nicht anpassungsfähig genug, durch den inneren Druck zur Nekrose oder plötzlichen Ruptur kommen kann, Möglichkeiten, die durch die mikroskopischen Präparate belegt werden konnten.

Diskussion. Krebs: Der Vortr. meinte, daß nicht an allen Stellen die uterine Schleimhaut die Fähigkeit habe, sich decidual umzuwandeln, und glaubte

den Grund dafür in seinen Fällen von Nebenhornschwangerschaft im gesteigerten intra-uterinen Drucke zu suchen.

Analog liegen die Verhältnisse bei Gravidität im mit submukösen Myomen durchsetzten Uterus. Auch hier fehlt, wie zahlreiche mikroskopische Untersuchungen zeigen, im Bereiche der Placenta fast ganz eine Decidua und verfilzen sich die Zotten mit der Uterusmuskulatur oder es fehlt, wie in meinem in der Gesellschaft demonstrierten Falle von Retention von Eihäuten, an einem submukösen Myom wenigstens die Decidua spongiosa.

A. Fuchs (Schlußwort): Auf eine Anfrage von Dienst bemerkt F., daß die Zottenelemente selbst in ihrem Aufbau keinerlei Abnormitäten aufzuweisen hätten, insbesondere das Verhalten des Syncytiums ihm nicht erlaubte, einen Beitrag für die Herleitung dieser Zellen nach der einen oder anderen modernen Auffassung zu liefern.

Für das Vordringen der Zotten in die Gefäße möchte F. nicht nur mit Dienst die Ansaugung infolge des negativen Druckes, sondern vor allem eine aktive Wachstumstendenz geltend machen.

III. Rosenstein stellt a. drei Präparate von Tubargravidität, kompliziert mit Ovarientumor, vor.

Der erste Fall ist ein walnußgroßer Tubentumor, der auf einem apfelgroßen Ovarientumor aufsaß. Auf dem Durchschnitte sieht man ein Blutgerinnsel, und die verdickte Wandung der Tube enthält mikroskopisch Chorionzotten. Der Ovarientumor war cystisch und stellt eine Follikelcyste dar. Das Präparat stammt von einer 38jährigen verheirateten Frau, die zweimal geboren, zuletzt vor 9 Jahren. Geburten und Wochenbett normal. Pat. nie krank gewesen. Menstruation regelmäßig, normal, ohne Schmerzen. Nachdem die Periode zweimal ausgeblieben, trat eine Blutung auf, die sie für eine Periode hielt. Bald darauf Schwächeanfälle mit Koliken im Leibe. Kein Erbrechen oder Fieber. Apfelgroßer Tumor rechts und hinter dem Uterus. Diagnose: Tubargravidität. Laparotomie in typischer Weise. Es fand sich etwas freies Blut und reichlich alte Blutcoagula im Douglas, rechts vielfache Verwachsungen des Ovariums und des Tubentumors untereinander und mit der Umgebung.

Der zweite Fall rührt von einer verheirateten Frau her, die in äußerst anämischem Zustand ins Krankenhaus gebracht wurde. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie zeigte sich die Bauchhöhle erfüllt von massenhaft flüssigem Blut und Blutgerinnsel, auf der rechten Seite ein geplatzter, walnußgroßer Tubentumor in Verbindung mit einem ebenso großen Ovarientumor, der sich mikroskopisch als Luteincyste erwies.

Der dritte Fall stammt aus dem Jahre 1900. Es handelte sich um eine 30jährige Frau, 5 Jahre verheiratet, Nullipara. Letzte Menses 7 Tage ausgeblieben, dann heftige Schmerzen im Leibe. Rechts neben dem Uterus ein faustgroßer, runder, cystischer Tumor, der sich bei der Laparotomie als ein Cystoma glandulare simplex erwies. Auf dem Tumor verlief die scheinbar normale, lang ausgezogene Tube, in deren Mitte bei näherer Beobachtung eine bohnengroße Anschwellung zu konstatieren war. Diese Partie war die Implantationsstelle des Ovulums.

Es handelte sich in allen drei Fällen um sonst gesunde Frauen mit, wie die Operation lehrte, durchaus normalen Adnexen der anderen Seite, und es liegt wohl nahe, die Ovarientumoren für das Zustandekommen der abnormen Eiinsertion verantwortlich zu machen, daß entweder von den kranken Ovarien krankhaft veränderte Ovula geliefert werden, die zur abnormen Einbettung neigen, oder daß durch die Anwesenheit der Tumoren der Tubenkanal in seiner Schleimhaut oder in seiner muskulösen Wandung abnorm beeinflußt wird, so daß die Fortbewegung des Ovulums leidet und in der Tube sozusagen stecken bleibt.

b. Dann erlaube ich mir, den seltenen Fall eines Teratoms des Ovariums vorzustellen. Es stammt von einer 22jährigen Frau, IIpara, zuletzt vor 1 Jahre; normale Entbindungen und Wochenbetten; stillte über 1 Jahr. Beide Kinder gesund. Menses früher alle 4 Wochen, 4 Tage, schwach und ohne Schmerzen. Seit 5 Monaten Klagen über Schleimabgang, der seit 3 Monaten blutig ist. Seit 14 Tagen

wehenartige Schmerzen. In den letzten Wochen starke Abmagerung. Fieber bis 38,5°. In der Mitte des Leibes ein festweicher, mannskopfgroßer, runder Tumor, der äußerlich und bei bimanueller Untersuchung scheinbar dem Uterus angehört. In Narkose wurde jedoch festgestellt, daß der Tumor dem kleinen, leeren Uterus aufliegt und mit ihm durch lockere Verwachsungen, die sich leicht trennen lassen, verbunden ist.

Bei der Laparotomie zeigt sich zuerst ein blutig seröser Ascites und ein allseitig verwachsener, von dem linken Ovarium ausgehender, kindskopfgroßer, kugliger Tumor. Derselbe enthielt eine etwa apfelgroße cystische Höhle von glatter Wandung, darin ein Wulst mit vier Schneidezähnen und Prämolaren und vereinzelte Haare. Bei der mikroskopischen Untersuchung der festen Teile findet man als Kriterium des Teratoms die Produkte aller drei Keimblätter, wild durcheinander gewürfelt. Es sind außer Haaren und Zähnen, Pigmentepithel und Pigmentgewebe, das als Chorioideagewebe angesprochen werden muß, eine Lage Drüsengewebe, Sarkom, Knorpel in verschiedenem Alter, Muskelgewebe und Knochen gefunden worden.

Nach 3 Wochen verließ die Frau scheinbar gesund das Krankenhaus. Es war zwar rechts neben dem Uterus eine Resistenz zu fühlen, doch war das Befinden der Frau ein gutes, die Narbe linear verheilt.

Nach 8 Wochen kehrte die Frau in desolatestem Zustande zurück. Es bestand starker Ascites und ein mannskopfgroßer, knolliger, unregelmäßiger Tumor rechterseits. Große Kachexie. Die Frau geht der Auflösung entgegen.

Also auch in unserem Falle fällt das destruktive Wachstum des Tumors auf und das schnelle Auftreten von Rezidiven nach Exstirpation des primären Tumors, und die Kachexie. Was die Metastasenbildung anbelangt, die ja mit zu dem Bilde gehört, so wird sie erst post mortem festgestellt werden. Bisher sind zwei sichere Fälle von Metastasenbildung, soweit ich die Literatur kenne, festgestellt, von Emanuel und Falk.

Zur Genese der Teratome möchte ich die Theorie Pfannenstiel's, wonach dieselben aus dem Ei des Primordialfollikels sich entwickeln, als die wohl plausibelste erwähnen, doch wird sie auch von namhaften Autoren angefochten.

Diskussion. Schiller: Ich habe vor etwa 1/2 Jahre ein 14jähriges Mädchen wegen Teratom operiert. Die Operation verlief glatt. Aber schon bei der Entlassung fand sich in der Narbe ein Knoten und bestanden auch peritonitische Reizerscheinungen, wie Schmerzen, Erbrechen, die auch wohl auf das Wachstum von Metastasen zurückzuführen waren. Ich hätte nicht gedacht, daß so rasch ein Rezidiv eintreten könnte.

A. Fuchs: Anschließend an die Frage von L. Fraenkel, ob in dem von Rosenstein besprochenen Falle von ektopischer Schwangerschaft eine Corpus luteum-Cyste vorhanden gewesen sei, bemerkt F., daß er bei den letzten sechs bis sieben Fällen von Extra-uterin-Schwangerschaft, welche in der Breslauer Frauenklinik operiert worden sind, mehrere Male, soweit erinnerlich, mehr als der Hälfte der Fälle, Corpus luteum-Cysten gesehen hat.

L. Fraenkel macht darauf aufmerksam, daß die sechs Fälle von Rosenstein, Dienst und besonders Fuchs (kgl. Klinik), die in relativ so kurzer Zeit nach seinem Hinweis auf die Häufigkeit von Tubargravidität mit Corpus luteum-Cyste allein aus dieser Gesellschaft gemeldet wurden, ihm wohl recht geben, wenn er der Gesetzmäßigkeit dieser Koinzidenz, wenn sie auch fehlen kann, die größte Wahrscheinlichkeit zuspricht. Auch in der Literatur tauchen immer neue Fälle derart auf.

IV. v. Neugebauer (Warschau) (als Gast) demonstriert von ihm gefertigte Modelle, die Küstner's Operationsmethode bei Inversio uteri erläutern sollen.

Diskussion. Küstner: Betreffs der Zeit, in welcher ich meine Inversionsoperation zuerst gemacht und veröffentlicht habe, kann ich zurzeit nur soviel sagen, daß es noch in Dorpat geschehen ist, und daß ich im Sommer 1893 nach Breslau berufen bin. Was mich zu dem Plane geführt hat, weiß ich nicht, doch wohl die allgemein anerkannte Erfahrung, daß gelegentlich Teile durch eine enge Öffnung

leichter durchgehen als das Ganze. Von diesem Erfahrungssatze macht man doch in der operativen Geburtshilfe wie Gynäkologie mannigfachen Gebrauch.

Das Piccoli'sche Verfahren ist auch von Westermark und Borelius, und zwar Jahre nach meiner Publikation, angegeben. Ganz zweifellos sind plastische Modelle, wie sie Herr v. Neugebauer zeigt, in viel höherem Maße geeignet, Operationsmethoden und Unterschiede der einzelnen Verfahren zu demonstrieren, als Bilder. Dennoch glaube ich die Unterschiede zwischen dem ursprünglich von mir geübten Reinversionsverfahren und den später von Westermark, Borelius und Piccoli geübten durch einige Pfeile in einer Zeichnung illustrieren zu können, wie ich das bereits in einem Aufsatz in den Hegar'schen Beiträgen getan habe. Außerdem verweise ich auf eine demnächst erscheinende Arbeit über dieses Kapitel.

V. Küstner: Demonstration einer geheilten Ureterfistel.

Frau K. S. aus Jekaterinoslaw, 30 Jahre alt, hat zweimal geboren, das erste Mal 1900, Forceps, Wochenbett fieberhaft, das zweite Mal spontan, Wochenbett ebenfalls fieberhaft. Nach der letzten Geburt monatelanges Fieber; die Geburt habe 24 Stunden gedauert. 5 Monate nach der Geburt bemerkte Pat. unwillkürlichen Urinabgang, während sie auch willkürlich Urin lassen konnte. Die Diagnose wurde auf rechtsseitige Ureterfistel gestellt, und der Pat. von mehreren Seiten die Exstirpation der rechten Niere vorgeschlagen. Hier wurde die Diagnose bestätigt, bzw. eine rechtsseitige Ureter-Cervixfistel konstatiert, und am 11. Juni von mir die intraperitoneale Einpflanzung des rechten Ureters in die Blase gemacht. Nach dem Bauchschnitte zeigte sich der rechte Ureter fingerdick dilatiert bis zur Eintrittsstelle in das hintere Parametrium. Nach Abtrennung der Blase von der Cervix mit Schonung beider Ligg. rotunda erweist sich der vordere Teil des Ureters nicht dilatiert. Nach Ablösung des Ureters von der Cervix wird ersichtlich, daß der Ureter durch eine Öffnung mit der Cervix kommunizierte. Diese Öffnung ist wandständig, durchsetzt nicht das ganze Lumen des Ureters. Man hätte mit der Ureterorrhaphie auskommen können, doch schnitt ich um der größeren Sicherheit des Erfolges willen den Ureter an der Fistel durch und implantierte das renale Ende in die Blase, so daß ich mit 2—3 Schichten die Blasenwand auf den Ureter aufnähte. Ich entschloß mich dazu um so leichter, als von der Blase aus durch Ureterkatheterismus die Unwegsamkeit des Ureters auf etwa 2 cm konstatiert worden war. Die rechten Adnexe waren entfernt worden, links wird zwecks verabredeter Sterilisation die Tube reseziert und der uterine Stumpf in das parametrische Gewebe durch Nähte versteckt.

Jetzt, nach über 2 Wochen, kann der Erfolg als gesichert erachtet werden.

Auffallend ist in diesem Falle die Anamnese. Wenn diese verläßlich ist, und nicht nach der zweiten Geburt irgendwelche traumatische Momente wirksam gewesen sind, ist es sehr auffallend, daß erst 5 Monate nach der Geburt die Fistel entstand, resp. Erscheinungen machte. Daß ein entzündlicher Prozeß, eine eitrige Einschmelzung die Kommunikation zwischen Ureter und Cervix erzeugt habe, ist schwer verständlich, doch fand ich bei der Operation das Gewebe zwischen Ureter und Cervix entschieden schwielig, narbig.

Neueste Literatur.

2) L'obstétrique 1906. Nr. 2—4.

1) P. Lequeux: Schwere Hämorrhagien bei Neugeborenen.

Die schweren Hämorrhagien der Neugeborenen erscheinen zumeist in den ersten 15 Tagen nach der Geburt und bilden das hervortretendste Symptom einer Allgemeinerkrankung. Sie sind viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird. Verf. konnte sie in 1,88% beobachten. Hiervon starben 52,3%. Anscheinend werden zu früh geborene Kinder öfter von dieser Erkrankung befallen, als ausgetragene. Eine Prädisposition zu derselben bildet einmal die Hämophylie, vor

allem aber die Syphilis. Außerdem spielen Albuminurie, Eklampsie und Bright'sche Krankheit der Mutter sicher ebenfalls hierbei eine Rolle; ebenso wie ein Einfluß des Alkoholismus, der Bleivergiftung und anderer, chronisch verlaufender Intoxikationen nicht abzuleugnen ist. Das die Krankheit auslösende Moment ist eine bakterielle Infektion, zumeist mit Streptokokken, aber auch Pneumokokken. Der Übergang dieser Bakterien auf das Kind kann sowohl intra-uterin durch die Placenta, als auch während der Geburt stattfinden. Die Eintrittspforte für die Bakterien bildet hauptsächlich der Nabel und der Intestinaltraktus. Verf. schildert sodann die makro- und mikroskopischen Befunde, welche die Organe der erkrankten Kinder darbieten. Die Untersuchung des Blutes ergab eine starke Vermehrung der roten Blutkörperchen; die Normoblasten zeigten unregelmäßige Gestalt. Außerdem tritt eine Leukocytose zutage, zuerst der polynukleären, dann der mononukleären Leukocyten; letzterer speziell in den tödlich verlaufenden Fällen. Die Koagulation des Blutes ist herabgesetzt; das Blutserum zeigt Hämatolyse.

2) L. Devraigne (Paris): Der Wert der Hämoglobinometrie in der Geburtshilfe.

Verf. macht zuerst auf die Wichtigkeit des Hämoglobins für den Kliniker aufmerksam und schildert sodann die verschiedenen Methoden zur Bestimmung des Hämoglobingehaltes des Blutes. Am einfachsten von allen diesen erscheint ihm die kolorimetrische. Er schildert zwei verschiedene Verfahren derselben, die er in seinen Versuchen anwandte. Das beste Instrument ist das von Gowers. Besonders in Fällen von Infektion und Septikämie ist die Kenntnis der Qualität und Quantität der weißen Blutkörperchen von großer Wichtigkeit, weil sie uns ein Bild von dem funktionellen Wert des Blutes gibt. Die Blutkörperchenzählung hat sicher ihren Wert, um uns einen Überblick zu geben über die verschiedenen Leukocytenformen und über die feineren Vorgänge der Degeneration und Regeneration des Blutes; aber in der praktischen Geburtshilfe wird der Kliniker fast nie eine Blutkörperchenzählung vornehmen können. Die Bestimmung des Hämoglobingehaltes des Blutes dagegen ist sehr leicht und geschieht sehr schnell; durch sie kann in 2 Minuten am Krankenbett die respiratorische Kraft des Blutes bestimmt werden. Diese Untersuchung erfordert ebensowenig Vorkenntnisse und Apparate — bei Anwendung des Hämoglobinometers von Gowers — als z. B. das Ansetzen eines Esbachs.

3) Perret: Geburtshilfliche Klinik Tarnier. Statistik des Jahres 1905.

Verf. erwähnt zuerst, daß im ganzen 1567 gewöhnliche, 26 Zwillingsgeburten und 86 Aborte geleitet wurden; geboren wurden 1619 Kinder. 1540mal handelte es sich um Hinterhaupts-, 5mal um Gesichts-, 59mal um Steiß- und 15mal um Querlagen. 85mal waren leicht verengte Becken vorhanden, 54mal betrug die Conjugata vera 10,5 cm, 15mal 10,5—9 cm, 5mal 9 cm oder weniger. 11mal fanden sich anderweitig verengte Becken. Um Hämorrhagien während der Schwangerschaft oder Geburt handelte es sich 10mal, um Placenta praevia 5mal, um Eklampsie 1mal. 35mal mußte die Placenta manuell gelöst werden; 77mal stellten sich atonische Nachblutungen ein. Nabelschnurvorfall ereignete sich 16mal, Armvorfall 2mal. Die Zange wurde 77mal, die Wendung 33mal, die Curettage 70mal, Accouchement forcé 3mal, Perforation 3mal, Sectio caesarea 4mal und die Dammnaht 28mal vorgenommen. Die absolute Morbidität betrug 16,2%, an uteriner Infektion 3,8%, die absolute Mortalität 0,6%, an uteriner Infektion 0,23%. Es starben 5 Frauen an Infektion, je eine an Peritonitis, doppelseitiger Pyelonephritis, Uterusruptur und Tuberkulose, 2 an Verblutung. Von den Kindern starben 31 während der Geburt, 30 in den nächstfolgenden 24 Stunden und 5 in den weiteren 24 Stunden. Mazeriert kamen 5 zur Welt. Am Leben blieben somit 1506, von denen 150 lebensschwach waren. Die absolute Mortalität der Kinder betrug 3,3%, und zwar starben 22 an Bronchopneumonie, 7 an Infektion, 5 an Erysipel, 4 an Cyanose, 3 an angeborener Lebensschwäche, 2 an Mißbildungen und je eins an Syphilis und Krämpfen. Die absolute Morbidität der Kinder betrug 16,8%. 7 Kinder wogen unter 1500 g, von denen 5 starben, 32 zwischen 1500—2000 g, von

denen 8 starben, und 111 zwischen 2000—2500 g, von denen 11 starben. Die Mortalität dieser lebensschwachen Kinder betrug somit 16%. Die Todesursache bei diesen bildete 11mal kongenitale Schwäche, 3mal Syphilis, 8mal Bronchopneumonie und je einmal Infektion und Erysipel.

4) Demelin: Über die innere Wendung auf den Fuß bei Schulterlage.

Wird die Schulterlage während der Geburt bei noch stehender Blase diagnostiziert, so muß besonders auf Schonung der Blase Bedacht genommen werden. Man kann sehr vorsichtig die äußere Wendung versuchen; möglichst vermeide man die innere Untersuchung und jeglichen Eingriff, der darauf hinausgeht, den Muttermund künstlich zu erweitern. Keinesfalls mache man die Wendung nach Braxton-Hicks. Man bringe die Frau ins Bett und warte die mehr oder weniger vollständige Eröffnung des Muttermundes ab, um ganz nach Wahl die innere Wendung auf den Fuß vornehmen zu können. Ist dagegen die Blase gesprungen und die Wendung aus einem sonstigen Grunde nicht kontraindiziert, so mache man sie, wenn der Muttermund vollständig oder wenigstens genügend dehnbar ist. Ist dagegen der Muttermund noch nicht genügend eröffnet, so nehme man eine allmähliche Dilatation desselben mit der Hand vor, bis diese in den Uterus hineingleiten und nun die Wendung ausüben kann. Keinenfalls aber schließe man die Extraktion unmittelbar hier an, sondern warte ab, bis der Muttermund spontan völlig verstrichen ist, und lasse man die Geburt durch die Naturkräfte vor sich gehen. Hütet man sich davor, zu früh an der Frucht zu ziehen, so wird es einem nicht passieren, daß der unvollständig entfaltete Muttermund über den Hals des Kindes zusammenschnellt und so den Kopf zurückhält.

5) P. Budin: Über die Embryotomie am lebenden Kinde.

Verf. berichtet zuerst über einen Fall, in dem es sich um ein Naegele'sches Becken handelte. Die Conjugata diagonalis betrug 11 cm, die Temperatur 38°. Zangenversuche waren vergeblich. Da aber der Allgemeinzustand der Kreißenden eine Entbindung unbedingt nötig erscheinen ließ, so wurde zur Embryotomie geschritten. Das Wochenbett verlief normal. Im Anschluß an diesen Fall erörtert Verf. die Frage, ob es dem Arzte erlaubt sei, die Embryotomie des lebenden Kindes vorzunehmen, wenn das Leben sowohl der Mutter als des Kindes bedroht erscheint. Er bespricht die Stellungnahme der katholischen Kirche zu dieser Frage und erörtert dann die Ansichten verschiedener berühmter Geburtshelfer über diese Frage. Aus diesen geht hervor, daß auch die gewissenhaftesten unter ihnen zugestehen, daß es unter gewissen, sehr seltenen Umständen nötig sein kann, zur Embryotomie des lebenden Kindes zu schreiten. Dieser Ansicht schließt sich auch der Verf. an; andererseits ist er jedoch der Ansicht, das Gebiet der Embryotomie möglichst zugunsten der Sectio caesarea zu verkleinern, die immer bessere Resultate gibt, wie ein vom Verf. berichteter Fall beweist.

6) C. Jeannin (Paris): Chirurgische Behandlung der allgemeinen puerperalen Peritonitis (Anfang).

Das Referat erfolgt mit dem Schluß des Originals.

7) P. Budin: Sprechstunden für Säuglinge und ihre Erfolge.

Ausführlicher Bericht über die Erfolge, die in einer ganzen Reihe von in Gemeinden Frankreichs, auch in Paris eingerichteten Sprechstunden für Säuglinge erzielt wurden. Verf. erörtert speziell an Tabellen, wieviel Kinder vor und nach Einführung dieser Sprechstunden an der Mutterbrust genährt wurden und zeigt demgegenüber die größere Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder. Die Forderungen, die Verf. an derartige Institute stellt, sind folgende: Alle Kinder sollen bis zum dritten Lebensjahre jede Woche einmal vorgestellt werden, um untersucht und gewogen zu werden, und um den Müttern die notwendigen Ratschläge zu erteilen. Mit allen Mitteln muß darin hingestrebt werden, die Mütter dazu zu bringen, daß sie ihre Kinder selbst ernähren. Haben die Mütter nicht genug oder gar keine Milch, so soll ihnen sterilisierte Milch von guter Qualität in genau vorgeschriebener Menge verabfolgt werden. Diese Sprechstunden für Säuglinge haben sich bisher als sehr nützlich erwiesen. Obgleich nicht alle Kinder

vorgeführt werden, so ist doch die Sterblichkeit im ersten Lebensjahre überall da, wo sie eingeführt sind, um $1/4$—$1/3$, ja selbst bis zur Hälfte herabgesunken. Der Erfolg ist einmal den häufig gegebenen ärztlichen Ratschlägen und sodann der Zunahme der Ernährung der Kinder an der Mutterbrust zuzuschreiben.

8) P. Budin: Über geburtshilfliche Polikliniken.

Einleitendes Vorwort zur folgenden Arbeit.

9) V. Neujean (Liège): Die geburtshilflichen Polikliniken in Deutschland.

Bei den Fällen, in denen eine geburtshilfliche Poliklinik ihre Dienste zu leisten hat, wird es sich zumeist um solche handeln, die die Hebamme sich nicht getraut allein weiter zu leiten. Es werden daher pathologische Zustände die Regel bilden. Fast immer werden es verheiratete Frauen sein, und zwar solche, die schon mehrfach geboren haben. Verf. berichtet als Beweis hierfür kurz über die Fälle der Straßburger Poliklinik, der »Frauenklinik« und der Charité in Berlin. Hieraus geht zur Genüge der Vorteil, den diese Polikliniken dem Unterricht bieten, hervor. Gerade hier wird der Student in Lagen geführt, wie er sie in seiner späteren Praxis vorfindet. Die Verhältnisse, welche eine derartige Poliklinik mit sich bringt, übertragen dem jungen Mediziner eine große Verantwortlichkeit und zwingen ihn, sich in Handgriffen zu üben, die er in der mit Komfort ausgestatteten Klinik nicht kennen lernt. Auch die Behandlung des Wochenbettes ist in der Poliklinik nach vielen Richtungen anders als in der Klinik, besonders in bezug auf Hygiene und Antisepsis. Hier muß auch mit vielen Vorurteilen des Volkes gerechnet werden, die in der Klinik nicht in Betracht kommen. Außerdem dienen diese Polikliniken auch, vom sozialen Standpunkt aus betrachtet, zur Erziehung des Volkes. Einmal wird es manches an Hygiene und Antiseptik dabei lernen, und andererseits wird es mancherlei sonstige Aufklärungen erfahren von seiten des Praktikanten, der, den Geburtsverlauf überwachend, sich oft lange Zeit in der Wohnung der Kreißenden aufhält. Hierauf schildert Verf. die bei den poliklinischen Geburten übliche Methode der Desinfektion, bespricht dann die Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum und berichtet über die Morbidität und Mortalität bei den poliklinischen Geburten. Hierauf folgt dann eine genaue Schilderung der Einrichtungen usw. der geburtshilflichen Polikliniken in Straßburg, Tübingen, Berlin (»Frauenklinik« und Charité) und ein Vergleich derselben untereinander. Aus alledem schließt Verf., daß dem jungen Mediziner die Einrichtung einer geburtshilflichen Poliklinik Gelegenheit geben wird, sich recht beträchtliche praktische Kenntnisse zu erwerben. Durch diese Einrichtung wird die allgemeine Morbidität sinken, und sie wird manchen Leiden vorbeugen, indem sie die Anschauungen der Hygiene weiter verbreitet und menschliche Empfindungen und soziale Anschauungen bessert. Die Vorteile, die aus diesen Instituten für die Wissenschaft resultieren, dürfen die staatlichen Leiter nicht unberücksichtigt lassen.

10) C. Jeannin (Paris): Chirurgische Behandlung der allgemeinen puerperalen Peritonitis (Fortsetzung).

Referat erfolgt mit Schluß des Originals. **E. Runge** (Berlin).

Verschiedenes.

3) **W. Rosenfeld** (Wien). Die Vibrationsmassage in der Gynäkologie.
(Wiener med. Wochenschrift 1906. Nr. 7.)

R. benutzt die Vibrationsmassage zur Dehnung von Narben und Schwielen ferner zur Verteilung und Aufsaugung von Exsudatresten. Im Gegensatze zum Paull-Witthauer'schen Apparat ist der Vibrator bei dem von R. benutzten Apparat in gerader Richtung angesetzt. Die Massagekugel muß möglichst groß sein, da kleine Kugeln leicht Schmerz auslösen; stets wird zugleich mit dem Vibrator die Hand in die Scheide eingeführt, um zu kontrollieren. Zur intrauterinen Massage bei Metritis schraubt R. die Uterussonde an den Apparat an.

Die Erfolge waren sehr befriedigend. **Keitler** (Wien).

4) **v. Steinbüchel** (Graz). Intraperitoneale Ligamentverkürzung nach Menge.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 5.)

Verf. bricht eine Lanze für das Menge'sche Verfahren (d. Bl. 1904 Nr. 21) und verteidigt es gegen die Vorwürfe Kleinwächter's, welcher Mangel an Originalität und Außerachtlassung einer Arbeit von Palmer-Dudley gerügt hatte. Dann wird über fünf nach Menge's Angaben operierte Fälle berichtet. Dreimal waren Folgezustände einer abgelaufenen Appendicitis als Ursache der die Retroflexio begleitenden Beschwerden anzusprechen, einmal die Adnexerkrankung. Einmal schließlich veranlaßten Beschwerden, die sich im Gefolge einer längere Zeit vorher ausgeführten Ventrofixation eingestellt hatten, die Vornahme der nochmaligen Laparotomie. Alle fünf Fälle wurden mit subjektiv und objektiv tadellosem Resultate geheilt. Schließlich folgt eine Kritik der nach der Laparotomie auszuführenden Methoden zur Beseitigung der Retroflexio.

Frickhinger (München).

5) **A. Labhardt.** Über Clavin.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

Nachdem der Gangrän erzeugende und der Krämpfe hervorrufende Körper im Mutterkorn, die Sphazelinsäure und das Kornutin, gefunden waren, gelang es in neuerer Zeit, auch diejenige Substanz darzustellen, welcher die wehenerregende Wirkung zukommt, das Clavin. Die Versuche, welche über dieses Präparat beim Menschen in dem Frauenspitale zu Basel angestellt wurden, ergaben ein befriedigendes Resultat. Unangenehme allgemeine Nebenwirkungen des Mittels wurden nicht beobachtet. Lokale Reizerscheinungen an den Injektionsstellen kamen zweimal vor. Die Zeit von der Injektion bis zur wehenerregenden Wirkung ist kurz, 5—10 Minuten. Die angewendete Dosis von 0,02 g scheint etwas niedrig zu sein. Das Clavin hat vor dem Ergotin den Vorzug der geringeren Giftigkeit. Es kann auch schon unter der Geburt gebraucht werden, da ihm eine Krampf erzeugende Wirkung nicht zukommt. **Frickhinger** (München).

6) **M. Nassauer** (München). Kompression der harnführenden Organe durch Adnextumoren.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 52.)

Verf. berichtet über einen großen, multilokulären Ovarialtumor der einen und einen Parovarialtumor der anderen Seite, welche nach seiner Annahme Harnblase und Ureteren derart komprimierten, daß vollständige, durch 4 Tage hindurch andauernde Anurie die Folge war. Die Harnblase zeigte sich bei der Operation vollkommen plattgedrückt und leer. Dieser Druck wirkte — so nimmt Verf. an — auch auf die beiderseitigen Nierenbecken, so daß es auch nicht zu einer Hydronephrose kommen konnte. Nachdem die Tumoren durch die Laparotomie entfernt worden waren — wobei sich bereits die objektiven Zeichen einer beginnenden Peritonitis vorfanden —, erfolgte eine reichliche Urinabsonderung. Die Pat. starb 3 Tage nach der Operation unter den Erscheinungen der Peritonitis.

Der Fall bereichert die Indikationen zum operativen Eingreifen insofern, als bei Kompression der Ureteren infolge von Adnextumoren die sofortige Operation zu fordern ist. **Frickhinger** (München).

7) **P. Jung.** Beiträge zur Heißlufttherapie bei Beckenentzündungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 52.)

Verf. berichtet über die Heißluftbehandlung an 127 bzw. nach Abzug der mit hysterisch-neurasthenischer Erkrankung Behafteten, an 120 Fällen. Es waren darunter Exsudate im Beckenbindegewebe und entzündliche Adnextumoren, chronische adhäsive Beckenperitonitis, chronische Parametritis, ferner solche Exsudatbildungen oder eitrige Adnextumoren, bei denen der Eiter zuerst per vaginam entleert worden war, Stumpfexsudate und Tuberkulose.

In rund $^1/_5$ der Beobachtungen blieb der Erfolg aus. Unter den übrigen $^4/_5$ der Fälle, d. i. bei 95 Fällen, wurde 88mal subjektiv und objektiv ein guter Erfolg erzielt, 7mal trat nur subjektives Wohlbefinden ein.

Der wichtigste Punkt der Heißlufttherapie ist die Indikationsstellung. Besonders müssen alle akuten Fälle ausgeschieden werden, sowie alle tuberkulösen Prozesse an den Genitalien. Dagegen sind in erster Linie geeignet alte, steinharte Exsudatmassen, die schon nach wenigen Sitzungen zu schrumpfen anfangen.

Ein großer Vorteil der Heißluftbehandlung gegenüber den bisher geübten konservativen Verfahren ist der, daß das viele Herummanipulieren an den Genitalien und die damit verbundene Schädigung des Nervensystems vermieden wird.

Frickhinger (München).

8) **Steffeck** (Berlin). Zur Behandlung entzündlicher Adnextumoren.
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 50.)

Verf. bespricht zuerst die konservative Behandlung dieser Erkrankung und dann die operative. Bei der letzteren tritt er für den vaginalen Weg ein. Es kommt in Betracht: 1) die vaginale Inzision, 2) die Exstirpation der Adnexe allein, 3) die Exstirpation des Uterus und der Adnexe oder des Uterus allein.

Für die erste Methode eignen sich am besten reine Tubentumoren bei jungen Kranken. Die zweite Methode ist für Tuboovarialtumoren geeignet, alte chronische Fälle: Colpotomia anterior, Vorziehen des Uterus, manuelle Befreiung der Tumoren aus den Verwachsungen und Hervorziehen derselben, event. mit Eröffnung. So operiert man nicht im Dunkeln. Bei 85 derartigen Operationen hatte Verf. einen Todesfall, der auch nicht der Methode zur Last zu legen ist.

Die Castratio uterina soll reserviert bleiben für diejenigen Fälle, bei denen nicht nur die Adnexe, sondern auch der Uterus erkrankt ist. Wenn irgend möglich, soll der Entfernung des Uterus auch die Wegnahme der Adnexe folgen.

Frickhinger (München).

9) **B. Bosse** (Berlin). Über diffuse eitrige Peritonitis.
(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 2.)

Wie trübe die Prognose bei diffus eitriger Peritonitis ist, beweisen zwölf in der chirurgischen Klinik der Charité sachgemäß operierte und unter Aufbietung aller sonstigen therapeutischen Maßnahmen nachbehandelte Fälle. Nur einer kam mit dem Leben davon. Trotzdem will B. den Kampf gegen diese unheilvolle Erkrankung nicht aufgeben. Er erhofft bessere Ergebnisse durch möglichst frühzeitige (innerhalb der ersten 24 Stunden) Operation, breite Eröffnung der Bauchhöhle unter Anlegung von Gegenöffnungen, sorgfältige und schonende Reinigung des Bauchraumes mittels isotonischer Lösungen, Verschluß etwaiger Perforationsöffnungen, event. Enterostomie. Die Serumbehandlung, die Anwendung Credéscher Silbersalze, subkutane oder intravenöse fortgesetzte Infusionen von steriler physiologischer Kochsalzlösung erhöhen mit der Alkaleszenz des Blutes die Widerstandsfähigkeit des Organismus, verdünnen das Gift, regen die Ausscheidung durch Nieren und Schweißdrüsen lebhaft an, erhöhen den Blutdruck, regulieren die Herzaktion, löschen den Durst usw. Die Eliminierung des Giftes auf dem Wege der normalen Darmentleerung ist durch häufigere Magenspülungen, hohe Darmeingießungen, Atropin oder Physostigmin (dreimal täglich 0,001) anzustreben. Ferner sind Purgantien, Diuretika, allerlei Analeptika, künstliche Ernährung subkutan (Öl oder rektal angezeigt, Opium dagegen streng zu meiden. Ebenso ist vor intraabdominaler Anwendung giftiger oder mechanischer Antiseptika zu warnen. Nur zur Mikulicz'schen Tamponade ist eine große Jodoformgazeschürze zu verwenden, diese aber mit steriler Gaze auszufüllen. Ein Versuch mit 30%iger Merck'scher Wasserstoffsuperoxydlösung ist gerechtfertigt. **Graefe** (Halle a. S.).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 49. Sonnabend, den 8. Dezember. 1906.

Inhalt.

I.

Zur Verhütung der puerperalen Mastitis.

Von

A. Döderlein.

Die Suche nach einem Mittel zur Ausschaltung der in der Undesinfizierbarkeit der Haut gelegenen Fehlerquelle der operativen Asepsis, die ein keimfreies Operieren bisher trotz aller Verschärfung unserer Vorsichtsmaßregeln vereitelte, machte mich mit einem Präparate bekannt, das außer dem genannten Zwecke noch manch andere vorteilhafte Verwendung finden kann, worauf ich im folgenden die Aufmerksamkeit lenken möchte.

Das »Gaudanin«[1] stellt eine sorgfältig bereitete Lösung von feinstem Paragummi dar, die etwa 1% Formalin enthält und somit

[1] Erhältlich durch Zieger und Wiegand, Gummiwarenfabrik, Leipzig-Volkmarsdorf.

Da der hohe Preis des Gaudanin von einer Seite als hinderlich für seine Verwendung bemängelt wurde, sei angegeben, daß das Kilo 6 Mark kostet. Für eine Laparotomie werden etwa 20—25 g verbraucht, so daß der Preis des Mittels für eine Operation 12—15 Pfg. beträgt.

nicht nur steril, sondern auch bakterizid ist. Auf die Haut aufgetragen hinterläßt das Gaudanin in ganz kurzer Zeit durch Verdunsten des als Lösungsmittel dienenden Benzins eine dünne, klebrige Gummischicht, die durch Bepudern mit sterilem Talkum oder auch Mehl in eine glatte, glänzende, trockene und innig mit der Haut verbundene Gummimembran umgewandelt wird. Die Elastizität dieser Gummimembran verhindert für so lange ein Abblättern, als nicht etwa durch Schweißsekretion unter ihr Flüssigkeitsbläschen entstehen. Und diese innige Verbindung zwischen Haut und Gummi ist es, die diesem Mittel zu dem gedachten Zwecke bei den Operationen vor vielen anderen den Vorzug gab. Die versuchsweise verwendeten Kollodiumarten, wie auch die verschiedenen Zelluloidlösungen, oder das Aufkleben von Guttaperchapapier hatten den Nachteil, daß sie, namentlich wenn die Haut bei den Laparotomien durchschnitten und dann die Bauchwunde durch Spekula gezerrt wurde, stellenweise besonders am Wundrande von ihrer Unterlage absprangen, so daß wieder Hautpartien zutage lagen, was sich alsbald wiederum im Keimgehalte des Operationsgebietes geltend machte, ein Zeichen dafür, welch empfindlicher Indikator dieser für alle Fehlerquellen der Asepsis überhaupt ist.

Die von mir empfohlene Hautpräparation[2], bestehend in Abreiben mit Jodbenzin, Aufpinseln von Jodtinktur und sodann Erzeugen der Gaudanindecke hat sich uns sowohl bei den Laparotomien, wie bei den vaginalen Operationen seitdem andauernd in gleicher Weise bewährt, so daß die klinischen Erfahrungen den auf bakteriologische Untersuchungen gegründeten Erwartungen durchaus entsprechen. Die dadurch erreichte Erhöhung unserer operativen Asepsis schaltet aus dem Körper den postoperativen Wundinfektionskampf aus, und als Folge davon verläuft die Rekonvaleszenz auch nach schweren Bauchhöhlenoperationen wesentlich rascher und ungestörter. Sind wir doch jetzt dadurch in den Stand gesetzt, in der Regel unseren Laparotomierten am 3.—4. Tage das Aufstehen erlauben zu können. Am eindruckvollsten tritt dies bei den schweren Karzinomoperationen zutage, bei denen Komplikationen im Heilungsverlaufe wesentlich seltener geworden sind.

Eine andere Verwendung hat nun das Gaudanin bei uns gefunden in den Fällen, wo wir die Haut vor arrodierenden Sekreten, wie z. B. bei Blasen-Scheidenfisteln, Darmfisteln, tuberkulösen Fisteln schützen wollen.

Auch in der Geburtshilfe hat sich uns das Gaudanin zu bestimmten Zwecken besonders bewährt, nämlich zum Schutze der Brustwarzenhaut vor Schrunden und Fissuren beim Stillen.

Es bedarf wohl keiner Begründung, wie dringend wir eines Mittels bedürfen, um die außerordentliche Empfindlichkeit und Zartheit der Brustwarze zu vermindern. Es genügt der Hinweis darauf, daß wohl

---

[2] Ein neuer Vorschlag zur Erzielung keimfreier Operationswunden, Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 15.

bei keiner, längere Zeit stillenden Frau die Entstehung von Schrunden und Fissuren ausbleibt, und daß wir in den bisher gebräuchlichen Maßnahmen der Waschung, Präparation mit Spiritus, Rotwein, Taninlösung, aber auch der Verwendung von Saughütchen von Gummi, Glas und anderen Materialien nur unvollkommene Notbehelfe erblicken müssen. Seitdem wir aber in diesen sehr schmerzhaften und lästigen Verletzungen der Brustwarzenhaut die nahezu alleinige Quelle der puerperalen Mastitis erkannt haben, muß der Wunsch nach ihrer Verhütung um so dringlicher werden.

Nach unseren auf 200 Fälle sich erstreckenden Erfahrungen ist die Gummierung der Brustwarzenhaut mit Gaudanin imstande, die Entstehung von Schrunden und Fissuren und damit auch die der Mastitis beinahe vollkommen sicher zu vermeiden. Das Verfahren ist außerordentlich einfach. Seitens obengenannter Fabrik wird das sterile Gaudanin in kleinen, 50 g enthaltenden Glasfläschchen geliefert, in deren eingeriebenem Glasstöpsel ein bis auf den Boden des Gefäßes reichender Pinsel eingekittet ist. Mittels dieses wird nach Abwaschen oder auch beliebiger Desinfektion die Brustwarze in weiterem Bereich eingepinselt; ist hier wie bei der Präparation des Operationsgebietes nach Abtrocknen die Gummischicht durch steriles Talkum oder Mehl zum Häutchen geworden, so sind natürlich zunächst die Milchausführungsgänge geschlossen. Die Zartheit der Gummimembran ist jedoch so groß, daß, wie man sich leicht durch Aufsetzen eines kleinen, gläsernen Saughütchens überzeugen kann, nunmehr ganz leichtes Ansaugen genügt, wie es das Kind selbst zu bewerkstelligen vermag, um dieses Häutchen an den Ausführungsgängen der Brustdrüse zu sprengen und der Milch den Austritt zu gestatten. Nach dem Stillen kann die Brust beliebig mit Wasser oder Alkohol abgewaschen werden, da das Gummihäutchen nur in Äther, Benzin oder Chloroform löslich ist. Besondere Maßnahmen gegen Übertragung von Bakterien in die Gummilösung sind wohl hierbei nicht nötig, da diese ca. 1% Formalin enthält, so daß mit dem Pinsel etwa eingeführte Bakterien bis zum Wiedergebrauch der Lösung nach 1 bis 2 Tagen abgetötet sind. Es wird genügen, die Gummierung der Brustwarze je nach Empfindlichkeit alle 2—3 Tage zu wiederholen, eine vorherige Entfernung der alten Membran ist nicht erforderlich, sie läßt sich jedoch nach Wunsch jederzeit durch Abreiben mit Benzin oder Äther ablösen.

Ich glaube, daß durch die regelmäßige Verwendung dieses einfachen Mittels nicht nur das Stillen manchen Frauen ermöglicht wird, die wegen zu großer Empfindlichkeit ihrer Brustwarzenhaut sonst davon Abstand nehmen müßten, sondern ich bin auch auf Grund meiner Erfahrungen überzeugt, daß dadurch der Entstehung von Schrunden und Fissuren mit ihren üblen Folgeerscheinungen in weit besserem und einfacherem Maße vorgebeugt wird, als dies bisher mit den uns zu Gebote stehenden Mitteln der Fall war.

II.

Über den Nachweis von Mutterkorn in den Fäces.

Von
Dr. Julius Strasburger,
Privatdozent für innere Medizin in Bonn.

Die Anregung zu der Untersuchung, über die im folgenden berichtet werden soll, verdanke ich Herrn Geheimrat Fritsch.

Es handelt sich um die Frage, ob Gewebeteile von Secale cornutum in den Fäces nachgewiesen werden können. Die Beantwortung dieser Frage ist offenbar von praktischer Bedeutung und muß besonders Frauen- und Gerichtsärzte interessieren. In der Literatur wird, soweit sich ersehen läßt, der Nachweis im Kot nicht berührt, während hingegen bekannt ist, daß das gepulverte Mutterkorn im Erbrochenen und im Leicheninhalt aufgefunden werden kann.

Zu Versuchszwecken mußte ich mir möglichst ungiftiges Mutterkorn besorgen und benutzte sowohl eine alte, lange Zeit abgelagerte Droge, als auch frisches, zweimal mit Wasser ausgezogenes und dadurch kornutinfreies Sekalepulver. Zunächst erhielten Hunde Dosen von 3 g ins Futter gemischt, dann nur 1 g, und endlich gab ich mehrmals einer menschlichen Versuchsperson eine einmalige Dosis von 1,0. In allen Fällen gelang es leicht, das Mutterkorn im Kot nachzuweisen. Natürlich kommt es bei einmaligen Dosen besonders darauf an, den richtigen Stuhlgang ausfindig zu machen.

Zum Aufsuchen des Mutterkorns empfiehlt es sich, in folgender Weise zu verfahren: Man verreibt eine Fäcesmenge etwa von der Größe einer Haselnuß mit Wasser und zentrifugiert. Den Bodensatz verreibt man zur weiteren Reinigung nochmals mit Wasser und sedimentiert abermals. Da die Bestandteile des Mutterkornpulvers verhältnismäßig schwer sind, werden sie auf diese Weise leicht von den übrigen Kotteilen getrennt und im Verhältnis zu diesen im Bodensatz in reichlicher Menge angetroffen. Man erkennt sie schon makroskopisch als schwarz und weiße Stückchen. Der sichere Nachweis kann aber erst mit Hilfe des Mikroskopes geführt werden. Man sieht ein weißes kleinzelliges Gewebe, das Fettropfen enthält und aus innig miteinander verflochtenen Pilzhyphen besteht. Auf dem Durchschnitt erwecken diese den Eindruck eines Parenchyms und werden daher als Pseudoparenchym bezeichnet. Die dunkelgefärbten Pilzschläuche der Rinde sind regelmäßiger angeordnet, so daß eine Längsstreifung sichtbar wird. Nach Zusatz von mittelstarker Schwefel- oder Salzsäure nimmt diese Rinde eine charakteristische braunrote Färbung an, die die Auffindung des Mutterkornes auf den ersten Blick ermöglicht. Das Mark bleibt auch nach Zusatz von Säure weiß. Es erleichtert weiter das Aufsuchen, wenn man die Säure dem ganzen Bodensatz,

noch vor Anfertigung des mikroskopischen Präparates, zufügt. Jedoch hüte man sich auch jetzt vor einer Diagnose nur auf Grund des makroskopischen Befundes, denn es gibt außer Mutterkorn noch andere Pflanzenteile, die durch Säure eine rote Farbe annehmen. Mit Kalilauge färbt sich die Rinde von Secale corn. violettbraun. Die Reaktion ist aber nicht besonders in die Augen fallend[1]. Empfehlenswert ist es für denjenigen, der eine solche Untersuchung zum ersten Male vornimmt, sich aus der Apotheke Mutterkorn kommen zu lassen und zum Vergleich heranzuziehen.

Wie erwähnt, konnte ich beim Menschen schon nach einer einmaligen Dosis von 1 g die Pilzteile in den Fäces nachweisen. Es hängt das mit der Unverdaulichkeit der Membransubstanz von Pilzen zusammen, die nicht aus Zellulose, sondern aus einem dem tierischen Chitin verwandten Körper besteht. Gerade für Claviceps purpurea, dessen Dauerform wir Mutterkorn nennen, wurde dies festgestellt[2]. Ist nun schon Zellulose für den Menschen nur teilweise verdaulich, so gilt dies von den Zellwänden der Pilze in noch höherem Maße. Ob sie überhaupt im Magen-Darmkanal des Menschen angegriffen werden, harrt noch der näheren Untersuchung. Zwischen frischem und lange abgelagertem und getrocknetem Mutterkorn, konnte ich bezüglich der Verdaulichkeit keinen Unterschied erkennen.

Fragen wir nun nach der praktischen Verwendbarkeit des Nachweises von Secale cornutum in den Fäces, so käme vor allem der kriminelle Abort in Betracht. Freilich muß als Vorbedingung gelten, daß man die Pat. früh genug zu Gesicht bekommt, denn 1—1$^{1}/_{2}$ Tage nach der Einnahme ist das Mittel unter gewöhnlichen Umständen aus dem Darme verschwunden. Es eignen sich also besonders Fälle, bei denen das Mutterkorn noch anderweitige schädliche Wirkungen entfaltet hat. Bei Anwendung toxischer Dosen, die etwa Durchfall erzeugen, muß man noch eher bei der Hand sein. Jedoch können einzelne Teilchen des Mutterkorns, so wie dies von Gemüse- und Obststücken bekannt ist, unter Umständen in den Haustren des Dickdarmes liegen bleiben und erst nach mehreren Tagen zum Vorschein kommen. Da schon Mengen, wie sie zu therapeutischen Zwecken allgemein üblich sind, im Kot nachgewiesen werden können, so wäre der Arzt beispielsweise imstande, festzustellen, ob eine Hebamme unbefugterweise Ergotin gegeben hat.

Vergiftungen mit sekalehaltigem Brot müßten auf dem angegebenen Wege auch nachweisbar sein, da ein Mutterkorngehalt des Mehles von wenigstens 2% zur Krankheitserzeugung gehören soll. Bei der Seltenheit der Kriebelkrankheit in unseren Landen dürfte aber dieser Nachweis für uns keine praktische Bedeutung haben.

---

[1] Bezüglich weiterer Proben siehe Dragendorff und Podwissotzky, Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. VI. p. 153. 1877.

[2] E. Gilson, La Cellule, T. XI. 1. Fasc. 1894.

Neue Bücher.

1) **M. Runge** (Göttingen). Die Krankheiten der ersten Lebenstage. III. Auflage.

Stuttgart, Ferdinand Enke, 1906.

Vor 40 Jahren war noch die Kinderheilkunde mit der Geburtshilfe verbunden. Als ich Assistenzarzt war, wurden alle kranken Kinder im ersten Lebensjahre vom Assistenzarzt der geburtshilflichen Klinik, die älteren von dem der medizinischen Klinik behandelt. Ich habe als Privatdozent wiederholt über Säuglingskrankheiten, Säuglingsernährung usw. Kollegien gelesen. Seitdem hat sich sehr mit Recht die Kinderheilkunde zu Vorteil der Wissenschaft und Praxis emanzipiert. Aber man weiß nicht recht, wo die Kinderheilkunde anfängt und wo sie aufhört. Die in den ersten Lebenstagen kranken Kinder werden nach wie vor, schon aus äußeren Gründen, vom Geburtshelfer behandelt werden, und die Lehre von diesen Krankheiten wird in der geburtshilflichen Klinik vorgetragen, schon weil nur dort das Krankenmaterial vorhanden ist und verwertet werden muß. Daß der Arzt, der das Wochenbett leitet, also der Geburtshelfer, auch die Krankheiten der Neugeborenen ebensogut wie die physiologischen Verhältnisse der Ernährung an der Brust und das Ersatzmittel zu kennen hat, ist zweifellos. Deshalb hätte ich auch gewünscht, daß R., vielleicht nach dem Kapitel über den Ikterus, ein Kapitel über das Stillgeschäft und die Einleitung der künstlichen Ernährung und die Pflege namentlich vorzeitig geborener Kinder eingeschoben hätte. Hat doch auch das Hebammenlehrbuch ein Kapitel über diesen Gegenstand. Doch wäre allerdings das Buch dadurch viel umfangreicher geworden.

R. versteht es wie wenige Autoren kurz, klar und in übersichtlicher, leicht verständlicher Weise das Wichtige herauszugreifen und darzustellen. Dies bewies am besten sein vortreffliches Hebammenlehrbuch, das beste, das auf diesem Gebiet existiert.

Es gibt wenige Bücher, die, wie das vorliegende, in so ausgezeichneter Weise allen Bedürfnissen entsprechen. Der lernende Student, der für die Praxis Belehrung suchende Arzt, der akademische Lehrer, alle werden mit Vorteil und Befriedigung das Buch studieren.

Fritsch (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

295. Sitzung am 17. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr Leopold; Schriftführer: Herr Buschbeck.

I. Herr Credé: Über Pelvioplastik.

(Ausführlich mitgeteilt in d. Bl. 1906, Nr. 22.)

Diskussion. Herr Leopold begrüßt mit Dank den neuen Operationsvorschlag des Vortr. und wird in geeigneten Fällen die Operation ausführen.

Trotz der günstigen Erfolge der Hebotomie intra partum ist das Credé'sche Verfahren vielleicht der idealere Eingriff, wenn vor der Geburt ausgeführt. Die

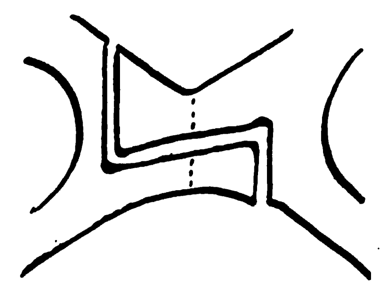
Indikationsstellung wird sich natürlich nur nach längeren Erfahrungen begrenzen lassen.

Vor allem ist aber hervorzuheben, daß sich die Voraussetzungen des Chirurgen, daß man gut tue, auch schon vor einer Schwangerschaft die Credé'sche Pelvioplastik auszuführen, nicht mit den Anschauungen und Lehren des Geburtshelfers decken, da bekanntlich sehr viele Erstgebärende, welche ein verengtes, ja selbst erheblich verengtes Becken haben, doch noch spontan gebären können.

Wenn dadurch schon eine wesentliche Beschränkung der Pelvioplastik eintritt, so wird sie noch viel mehr dadurch zu erwarten sein, daß sich Frauen, die mit engem Becken behaftet sind, prophylaktisch ihr wohl schwerlich unterziehen werden.

Herr Credé stimmt dem im allgemeinen bei und ist überzeugt, daß durch weitere Erfahrungen und event. Modifikationen eine Vervollkommnung seines Vorschlages erzielt werden dürfte. Selbst wenn im Sinne des Vorredners die Indikation für die Methode wesentlich eingeschränkt werden sollte, so blieben doch noch Fälle genug, wo sie indiziert sein dürfte, so daß sie eine Lücke in unseren operativen Maßnahmen auszufüllen berufen scheint.

Herr Kaiser ist der Ansicht, daß die Zukunft nicht der Pelviotomie als entbindender Operation gehört, sondern einer außerhalb der Gravidität auszuführenden, das enge Becken heilenden Operation. Er schlägt vor, in der Symphyse (s. nebenstehende schemat. Fig.) einen treppenförmigen Knochenschnitt mittels Drillbohrers und Giglisäge zu legen, das Becken auseinander zu ziehen und die vorspringenden Enden aneinander zu heilen. Auf diese Weise würde eine beliebig groß zu wählende Vergrößerung des Beckenringes zu erzielen sein. Blase und Harnröhre werden nicht gestört, sie bleiben außerhalb des Schnittes.



II. Herr Schmorl demonstriert: 1) den Uterus einer 73jährigen, an Gehirnblutung verstorbenen Frau mit einer ausgedehnten Knochenbildung im Endometrium. Intra vitam waren, soviel festzustellen war, keine Symptome eines Uterinleidens hervorgetreten. Beim Aufschneiden des Uterus stieß die Schere auf einen heftigen Widerstand, der auf eine die ganze Uterushöhle auskleidende Knochenplatte zurückzuführen war. Dieselbe war ungefähr $^1/_4$ mm dick, fand sich sowohl an der vorderen als auch an der hinteren Fläche des Cavum uteri, das als feiner Spalt noch überall erhalten war. Daß nicht eine einfache Verkalkung des Endometriums, sondern eine echte Knochenbildung vorlag, wurde durch den Nachweis typischer, mit Ausläufern versehener Knochenkörperchen sichergestellt. Die Knochenplatte lag im interstitiellen Gewebe der Mucosa, die stark atrophisch war und nur noch ganz vereinzelte Drüsen, deren Mündungen die Knochenplatte durchbohrten, aufwies. Daß nicht etwa ein von außen in die Uterushöhle eingeführtes Knochenstück vorlag, ließ sich sicher daraus schließen, daß die Knochenzellen gut färbbare Kerne aufwiesen und die Knochengrundsubstanz in festem organischen Zusammenhange mit dem Endometrium stand; an einer zirkumskripten Stelle konnten sogar typische Osteoblasten nachgewiesen werden zum Zeichen dafür, daß die Knochenplatte noch im Wachsen begriffen war. Die Frage, wodurch die Knochenbildung im Endometrium entstanden ist, läßt sich nicht mit Sicherheit entscheiden. Zwei Möglichkeiten sind gegeben: entweder liegt eine aus einer Keimversprengung hervorgegangene Knochenbildung vor oder es hat sich der Knochen auf metaplastischem Wege gebildet. Für erstere Annahme würde der Umstand sprechen, daß im Uterus ein Fötenknochen gefunden worden ist, für letztere die Tatsache, daß im Anschluß an einen entzündlichen Prozeß metaplastische Knochenbildung beobachtet worden ist.

2) Demonstration der Spirochaeta pallida in Organen von Neugeborenen, die mit den Zeichen angeborener Syphilis behaftet waren. S. bespricht die bisher vorliegenden Befunde und teilt mit, daß er die Spirochäten in den Organen von

fünf syphilitischen Neugeborenen regelmäßig gefunden hat. Sie waren meist in enormer Menge vorhanden, allerdings war ihre Zahl in den einzelnen Organen verschieden. In großer Menge fanden sie sich in der Leber, Lunge, im Magen, im Darm, im Pankreas, im Mesenterium, in den Nieren und Nebennieren und in der Milz. Ferner wurden sie in den Nervenästen des Plexus solaris und in einzelnen Halsnerven, sowie in der Schilddrüse gefunden. Besonders bemerkenswert ist der Nachweis, daß die Spirochäten durch das Epithel der Drüsen und der Schleimhäute hindurchdringen, was in der Leber, im Pankreas, im Magen und Darm, in den Glomerulis der Niere, in der Lunge, an der Mundschleimhaut, an der Gallenblase und dem Ductus choledochus konstatiert werden konnte. Die Spirochäten mischen sich auf diese Weise allen Se- und Exkreten bei. Dieselben müssen daher, zumal in ihnen die Spirochäten in großer Menge gefunden werden, als infektiös angesehen werden, was in hygienischer Beziehung von weittragender Bedeutung ist.

III. Herr Reichert (als Gast) legt der Gesellschaft einen von ihm zusammengestellten Blutstillungsapparat »Hämostyptor« vor.

Der Apparat ging aus der Anwendung des Aufblasungsprinzips auf das übliche Röhrenspekulum hervor und besteht aus einem mit einer Führungseinlage versehenen, doppelwandigen Spekulum mit dünner Innen- und dicker Außenwand aus feinstem Gummi, mit dem durch einen mittels Hahn absperrbaren Gummischlauch ein Pollitzerballon verbunden ist. Die Aufblasung soll soweit getrieben werden, daß sich die Falten der Innenwand nicht mehr voneinander abheben lassen. Dadurch wird ein starker Druck gegen die Portio ausgeübt, während gleichzeitig die sich ebenfalls aufblasende Außenwand des Spekulums die Vaginalwände fest komprimiert. Der Apparat soll, mit Bandage befestigt, ohne jeden Nachteil für die Kranke stundenlang liegen bleiben und besonders für die Verhältnisse der Landpraxis sich eignen. (Wird anderwärts ausführlich beschrieben werden.)

---

296. Sitzung am 21. Juni 1906.

Vorsitzender: Herr Goldberg, später Herr Leopold.
Schriftführer: Herr Buschbeck.

I. Herr Leopold: Über Adnexoperationen.

In einer der letzten Sitzungen hatte Herr Osterloh seine Erfahrungen über 111 Adnexoperationen, von denen 52 mit Drainage behandelt worden waren, der Gesellschaft mitgeteilt. Von diesen 52 Drainagefällen waren bei 10 Frauen nachträglich Darmfisteln entstanden, und 2 von diesen letzteren Fällen waren gestorben.

Da die Zahl dieser mit Drainage behandelten Fälle dem Vortr. sehr hoch vorkam, und da auch heute noch einige Operateure bei unsauberen Adnexoperationen für die Anwendung der Drainage, vor Schluß der Bauchhöhle, eintreten, so ging der Vortr. die in den letzten 5 Jahren in der kgl. Frauenklinik in Dresden ausgeführten 150 Adnexoperationen genauer durch, und gibt nun folgenden Überblick.

Sämtliche 150 von ihm oder seinen Assistenten ausgeführten Adnexoperationen können nur als schwere bezeichnet werden. Von ihnen sind 3 gestorben = 2%; darunter ist eine Kranke, welche schwer fiebernd und schon sehr erschöpft in die Klinik kam.

Von allen 150 Operierten wurden nur 9 = 6% drainiert; bei 4 von diesen 9 bildeten sich in der Nachbehandlung Kotfisteln, von denen sich zwei spontan schlossen. Von diesen 9 Drainierten ist eine gestorben; es ist die vorhin erwähnte, welche schon fiebernd zur Klinik kam.

Im besonderen zerfallen die Erkrankungen in folgende Gruppen:

125mal handelte es sich um chronische doppelseitige Oophoritis und Salpingitis, fast nur auf Gonorrhöe beruhend;

13mal um doppelseitige Pyosalpinx;

8mal um linksseitige Pyosalpinx mit Entzündung der rechten Adnexe; und

4mal um Hydrosalpinx und Hydrovarium.

Bei 15 von sämtlichen Fällen lag auf Grund der klinischen Symptome der Verdacht auf Tubargravidität mit Hämatokelenbildung sehr nahe; doch hat sich in diesen Fällen diese Annahme nicht bestätigt.

Bei der Operation aller Fälle wurde sorgfältig auf das Verhalten des Processus vermiformis geachtet, und muß hier im Gegensatze zu der von manchen Operateuren so häufig gefundenen Erkrankung des Blinddarmes und der so häufig vorgenommenen operativen Entfernung des Blinddarmes ausdrücklich betont werden, daß diese Erkrankung sich bei keinem der 150 Fälle vorfand, die Entfernung des Processus vermiformis daher nicht nötig war. Das nachträgliche Wohlbefinden der Operierten spricht für die Richtigkeit dieser Annahme.

Vergleicht man nun die drainierten Fälle mit ähnlichen, gleich schweren, bei denen die Drainage unterlassen worden war und doch Genesung eintrat, so kommt man immer mehr zu der Überzeugung, daß die Gazedrainage auch in den drainierten Fällen wohl besser unterblieben wäre, jedenfalls ihre Nichtanwendung zu den so lästigen Kotfisteln nicht geführt haben würde.

Das Verfahren, dessen sich der Vortr. bedient, stimmt in der Hauptsache mit der bekannten Methodik überein, und legt den Schwerpunkt auf folgendes:

Verbarrikadierung des Operationsgebietes durch Gazetücher gegen den oberen Teil der Bauchhöhle. Entleerung einer Pyosalpinx oder eines Pyovariums mittels kleinen Trokars. Abklemmen der Öffnung. Dann Auslösung der leichter erreichbaren Adnexe. Trennung der Adhäsionen stumpf, schrittweise, unter denkbar größter Vorsicht und fortwährender Beobachtung, wo die Trennungsfläche sich befindet, ob nur zwischen zwei Organen oder näher der Wand eines Organes (Rektum, Blase, Tube usw.). Auftupfen jeder Spur von Eiter. Dann Ausschälung der anderen Adnexe; event. mit dem Uterus. Trockenlegung der Beckenhöhle mittels Gazetupfern und Gazetüchern. Entfernung der letzteren. Schluß der Bauchhöhle.

Auf diese Weise operiert, sind in der letzten Zeit außerordentlich schwierige Fälle glatt genesen, so daß der Notbehelf der Drainage wohl auf nur ganz seltene Fälle eingeschränkt werden darf, in welchen Trockenlegung und völlige Blutstillung nicht gelingen will und die Anwendung der Gaze lediglich auf den Zweck der Tamponade hinausläuft.

Diskussion. Herr Weindler steht ganz auf dem Standpunkte des Vortr Peinlichste Trockenlegung des Operationsgebietes macht in den meisten Fällen die Drainage überflüssig. Sie ist im allgemeinen nur angezeigt bei eröffneten Bindegewebsräumen. Jedenfalls stört sie die Rekonvaleszenz. Wegen der Intoxikationsgefahr ist die Anwendung von Jodoformgaze zu vermeiden.

Herr Strobach drainiert nur bei eitrigen Adnexerkrankungen zweifelhafter Herkunft und jüngeren Datums, sowie bei ausgedehnter Wund- und Nahtfläche des Peritoneums; und zwar meistens durch den Douglas, weniger durch Douglas und Bauchwunde, seltener durch die Bauchwunde. Er gibt der Drainage durch den Douglas den Vorzug, weil der Douglas den tiefsten und damit günstigsten Punkt zur Ableitung des Sekretes bildet, die Drainagestelle nicht sichtbar ist und schnell heilt, und auch der Verband durch die Durchleitung nicht gestört wird. Während früher Jodoformgaze in Anwendung gezogen wurde, benutzt er jetzt Xeroformgaze und entfernt die Drainage am 5. Tage, manchmal auch früher, in der Regel auf zweimal. Er hat gute Resultate, auf 42 drainierte Leibschnitte einen Todesfall.

Herr Leopold wendet nur sterile Gaze an und ist wegen der Gefahr der sekundären Infektion gegen die Douglasdrainage.

II. Herr Kannegiesser demonstriert fünf Uteri, die während der letzten Wochen in der kgl. Frauenklinik entfernt worden sind: 1) und 2) sind wegen Cervixkarzinoms, 3) wegen Portiokarzinoms abdominell mit Adnexen und Teilen der Parametrien exstirpiert; zwei mitentfernte parametrane Drüsen wurden nicht erkrankt befunden.

Alle drei Frauen sind nach glattem Heilungsverlaufe nach Hause entlassen.

4) Einen mit Resektion großer Scheidenlappen vaginal entfernten Uterus ohne Adnexe. Er hatte einen seit 10 Jahren bestehenden, seit 2 Jahren irreponiblen

Vorfall gebildet (Descensus uteri retroversi cum elongatione colli et inversione vaginae totius) — Sondenlänge 12 cm.

Heilverlauf ebenfalls glatt; Pat. soll nächster Tage aufstehen.

5) Einen vaginal durch mediane Totalspaltung von der hinteren Lippe aus und nachheriges Abbinden der Parametrien (P. Müller-Döderlein) exstirpierten myomatösen Uterus von über Gänseeigröße mit rechtsseitigem Tubarabort. Der Tubendurchschnitt zeigt im ampullären Teile die linsengroße Frucht inmitten von durchblutetem Placentargewebe. Aus dem Fimbrienende der Tube entleerte sich gerade Blut in den Douglas.

Im Heilungsverlaufe zuerst Fieber bis 39°, Puls 120, das nach Entfernung der in der Scheide liegenden Gaze bald abfiel.

Weiterer Verlauf gut.

Die zu den Präparaten gehörenden Schnitte werden im Mikroskop gezeigt.

III. Herr Leopold: Ein weiterer Fall von Gonokokkenperitonitis, durch Laparotomie geheilt.

(Erschien als Originalmitteilung in d. Bl. 1906, Nr. 43.)

---

297. Sitzung am 19. Juli 1906.

Vorsitzender: Herr Leopold.

I. Herr Lichtenstein: Über einen Fall von postoperativem Arteriomesenterialverschluß mit tödlichem Ausgange bei einer an einem intraligamentären Myom operierten Frau (mit Demonstration).

(Erschien als Originalmitteilung in d. Bl. 1906. Nr. 44.)

II. Herr Leopold berichtet über den weiteren Krankheitsverlauf der wegen puerperaler Peritonitis durch Laparotomie operierten Frau, über die er in der letzten Sitzung vorgetragen hat. Er erinnert daran, daß dies der erste Fall in seiner Klinik ist, bei dem in der freien Bauchhöhlenflüssigkeit Gonokokken mit Sicherheit nachgewiesen worden sind.

Die Frau war 18 Stunden nach Fieberbeginn operiert worden. 3 Tage nach der Operation war die Temperatur fast zur Norm zurückgegangen und blieb von da an dauernd niedrig. Die Behandlung bestand in täglichen Drainagedurchspülungen mit physiologischer Kochsalzlösung. Die Spülflüssigkeit war meist schon nach Durchspülen von $1^1/_2$ Litern klar. Nach etwa 3 Wochen konnten die Drainagerohre an beiden Seiten entfernt werden, es blieb nur noch das Rohr liegen, das von dem rechten unteren Flankenschnitte durch den Douglas nach der Scheide zu gelegt war. Jedesmal nach Durchspülen dieses Rohres wurde eine Sublimatscheidenspülung gegeben und dann das in der Scheide liegende Ende des Gummidrains mit Gaze umhüllt zur Vermeidung einer aszendierenden, sekundären Infektion. Nach weiteren 14 Tagen wurde auch dieses Rohr entfernt. Während dieser ganzen Zeit befand sich die Frau dauernd wohl; es gingen Winde ab, Stuhl erfolgte spontan.

Inzwischen waren die beiden Inzisionswunden links und die rechte obere gut zugranuliert. In der Mitte der rechten unteren aber entwickelte sich eine mit der Zeit an Größe immer mehr zunehmende Granulationsgeschwulst. Ätzen mit dem Höllensteinstifte war ohne Erfolg. Die Geschwulst machte der Frau so gut wie keine Beschwerden; nur wenn man mit der Pinzette daran zog, äußerte sie geringe Schmerzhaftigkeit. Nach Entfernung des Rohres durch den Douglas begann sich die Wunde ober- und unterhalb der Geschwulst zu schließen.

Nach erfolgtem Verschluß der Bauchhöhlenwunde wurde an die operative Entfernung der Granulationsgeschwulst gedacht. Daß man dabei eine Darmschlinge verletzen könnte, war so gut wie ausgeschlossen, da die Frau keine Ileuserscheinungen darbot, die auf eine Darmadhärenz hätten schließen lassen. Die Zugschmerzhaftigkeit der Geschwulst ließ aber vermuten, daß ein Netzstück oder das abdominelle Tubenende in dieselbe eingebettet war.

Bei der Operation wurde die Geschwulst im Niveau der Granulationen horizontal abgetragen.

Dabei zeigte sich in der Mitte des Stumpfes ein kleines, rundes Lumen. Die übrigen Granulationen wurden mit dem scharfen Löffel abgekratzt. Unter trockenem Gazeverband verlief die Wundheilung durch Granulation fortan ohne Störung. Die Frau steht zurzeit auf und wird demnächst entlassen werden.

Die mikroskopische Untersuchung der abgetragenen Geschwulst ergab inmitten von Granulationsgewebe mehrere Durchschnitte von Fimbrien mit teilweise beträchtlich erweitertem Lumen. Schleimhautfalten niedriger als normal, zum Teil ganz abgeflacht. Epithel flimmerlos, hier und da abgestoßen, Tunica propria infiltriert.

Vortr. weist noch hin auf die Möglichkeit einer Konzeption auf dem abnormen Wege von den Bauchdecken her, wenn sich das Tubenlumen nicht geschlossen hätte, wie solche Fälle in der Literatur aus der früheren Zeit zu finden sind.

III. Herr Leopold demonstriert:

1) Eine Placenta mit handtellergroßem, zentral sitzenden, retroplacentaren Hämatom.

2) Einen kindskopfgroßen Uterus myomatosus und beide Ovarien derselben Frau. An beiden Ovarien zeigt nur noch der uterine Pol normales Gewebe. Der abdominale Pol ist rechts verwandelt in ein feigengroßes Fibrom, auf dessen Oberfläche kleine, warzenähnliche, bis erbsengroße Fibrome gestielt aufsitzen; am abdominalen Pole des linken Ovariums findet sich ein überfaustgroßes, multilokuläres Kystom.

3) Ein doppeltmannskopfgroßes Kystom, das zur einen Hälfte solid, zur anderen cystisch ist. Der solide Teil besteht aus Papillenkonglomeraten, die an Placentarkotyledonen erinnern. Die Oberfläche derselben belegt mit rötlich-schmierigen, markähnlichen, teilweise gallertigen Massen. Von den blutreichen Querschnitten läßt sich leicht ein dicker Saft abstreichen. Die mikroskopische Diagnose ergab: Kystoma papillare myo-carcinomatosum.

---

3) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu London.

Sitzung vom 3. Januar 1906.

W. S. A. Griffith und Herbert Williamson berichten über einen Fall von Myom der Gebärmutter, welches sarkomatöse Veränderung zeigt. Die Sektion ergab, daß der Uterus mehrere Myome enthielt, von welchen das eine ein Sarkom einschloß. Sarkomatöse Knoten fanden sich in den Lungen. Sie betonen, daß die Ansicht, daß eine ursprünglich benigne Geschwulst im Laufe der Zeit malign werde, nichts Überraschendes habe. — R. Hamilton Bell sagt in der Diskussion, daß bei einem Falle, den vor kurzem W. W. H. Tate vorgestellt habe, und der einem pathologischen Komitee zur Untersuchung übergeben wurde, letzteres nicht zu der bestimmten Überzeugung kommen konnte, daß es sich tatsächlich um maligne Degeneration handelte. Herbert R. Spencer meint, daß Sarkom der Gebärmutter häufiger vorkomme, als gewöhnlich angenommen werde, da es oft sehr schwer sei, die Diagnose zu stellen. Er erwähnt zwei einschlägige Fälle in denen bei der Operation Myom diagnostiziert wurde, während die nähere Untersuchung ergab, daß es sich um Sarkom handelte.

W. A. Milligan bespricht einen Fall von Pyelonephritis bei Schwangerschaft. 6 Wochen vor Beendigung derselben zeigten sich Erscheinungen, es bildete sich ein Abszeß, welcher geöffnet wurde. Es fand sich kein Stein.

F. E. Taylor zeigt Präparate von einem Polypen, welcher von der Portio ausging.

Griffith: Zwei Fälle von verkalktem Myom bei alten Frauen, in welchen wegen starker Druckerscheinungen Operation notwendig wurde.

A. L. Galabin zeigt die linke Tube, welche eine Mole enthält, und das dazugehörige Ovarium, das sarkomatös war. Zugleich wurde der Appendix auf der anderen Seite entfernt. Er nimmt an, daß transperitoneale Überwanderung des Eies stattgefunden habe.

Sitzung vom 7. Februar 1906.

Herbert Spencer: Fall von Ovariotomie während der Geburt. 1 Stunde vor der Operation traten starke Wehen auf bei einer Frau im 8. Monate. Nach der Operation wurde eine weibliche Frucht mittels Zange entwickelt.

Heywood Smith: Radiogramm eines schwangeren Uterus. S. betont die Wichtigkeit der Aufnahme in bestimmten Fällen.

John Phillips: Fall von Epitheliom des Uterus, durch vaginale Hysterektomie entfernt. Nach 1 Jahre kein Rezidiv.

Sitzung vom 7. März 1906.

John D. Malcolm hält einen Vortrag über Peritonitis und Staphylokokkus albus.

M. A. D. Scharlieb demonstriert ein Präparat von ungewöhnlich ausgebreiteter maligner Erkrankung der Gebärmutter.

Cuthberth Lockyer zeigt zwei Präparate von unvollkommener Entwicklung des mittleren Teiles der Tuben und angeborene Hypertrophie der runden Mutterbänder.

Sitzung vom 4. April 1906.

A. W. Addinsall hält einen Vortrag über chronische infektiöse Metritis. Er bespricht eingehend die verschiedenen Formen und ihr pathologisches Bild und deren Behandlung. Er empfiehlt als äußerstes Mittel die Hysterektomie. — Griffith und Blacker bemerken, daß, bevor zu demselben gegriffen werde, ein Versuch mit Vaporisation gemacht werden muß, der fast immer zum Ziele führt.

E. J. Maclean berichtet über einen Fall von ektopischer Schwangerschaft. 6 Monate nach falscher Geburt am Ende der Schwangerschaft wurde operiert. Nachdem die Wehen nachgelassen hatten, wurde der Leib dünner, die Brüste schwollen ab, und die Frau befand sich wohl bis 8 Tage vor der Operation, als Schmerzen, Fieber und Erbrechen auftraten. Eine ausgetragene Frucht, welche Zeichen von fauliger Entartung zeigte, wurde entfernt. Die Bauchhöhle war vollkommen von dem Fruchtsacke getrennt und wurde bei der Operation nicht eröffnet. Dagegen fand sich eine stecknadelkopfgroße Verbindung mit dem Darme.

Weitere Präparate werden von Routh, Boxall, Blacker, Bland Sutton demonstriert.

Sitzung vom 6. Juni 1906.

G. E. Herman berichtet über einen Fall von Uterinkontraktionen ohne Retraktion. Derselbe betraf Frühgeburt; trotz starker Wehen, kleiner Frucht, weitem Becken und voller Erweiterung der Geburtswege machte die Geburt während 24 Stunden keinen Fortschritt. Die Ursache lag nach H. in dem Fehlen der Retraktion. Der Fall illustriere sehr gut den Unterschied zwischen Kontraktion und Retraktion der Gebärmutter. — Williamson widerspricht der Ansicht Herman's. Kontraktion und Retraktion müssen stets pari passu gehen. Auch Lewers kann sich der Erklärung Herman's nicht anschließen, ebenso Griffith und Boxall.

W. H. B. Brook bespricht drei Fälle von Glykosurie während der Schwangerschaft; in allen verschwand der Zucker nach der Entbindung.

Weitere Präparate werden von Hicks, Bell, Drew vorgelegt.

Sitzung vom 6. Juli 1906.

A. Louise McIlroy hält einen Vortrag über primären Krebs des Eierstockes. Sie bemerkt u. a., daß die häufigste Form die glandulär cystische und die alveoläre mit Wucherung des Bindegewebes sei. Der Ausgang der Geschwulst ist von den follikulären Zellen und denen, welche aus dem Epithel entstehen. Die sog. »Ova« der deutschen Pathologen sind Massen degenerierten Protoplasmas, sie sind retrogressive Produkte der Follikelzellen. Karyokinese ist nicht sehr ausgesprochen bei den Zellen der Geschwulst. Die Zellen, welche sich bei Krebs der Eierstöcke finden, gleichen sehr denen bei gutartigen Geschwülsten, unterscheiden sich jedoch durch ihre Verteilung, unregelmäßige Anordnung und die Menge der Proliferation.

C. J. Nepean Longridge spricht über 64 Fälle von engem Becken, welche während des Jahres 1905 im Queen Charlotte's Hospital beobachtet wurden. Er kommt zu dem Schluß, daß bei engem Becken schließlich nur zwei Methoden der Wahl in Frage kommen würden, Einleitung der Frühgeburt und Kaiserschnitt. Die Erfahrung in seinem Krankenhause zeige, daß die erstere befriedigende Erfolge gebe bei einer Conjugata bis zu $3^1/_2$ Zoll, während bei stärkerer Verengung der Kaiserschnitt indiziert sei. Bei Einleitung der Frühgeburt wendet er Bougies an. — In der Diskussion wird von Pollack und Targett auf die Wirksamkeit des Gummibeutels von Ribes hingewiesen, der verhältnismäßig rasch vollkommene Erweiterung des Cervicalkanales bedinge.

Williamson: Über Adenom des Labium. 2 Jahre zuvor war die Geschwulst, welche für Karzinom angesehen wurde, operiert worden. Rezidiv trat nicht ein. Zwei ähnliche Fälle sind von Pica und Schickele beschrieben.

Engelmann (Kreuznach).

Neueste Literatur.

4) Journ. of obstetr. and gyn. of the brit. empire 1906. Juni und Juli.

1) H. R. Andrews (London). Die neuesten Erfahrungen auf dem Gebiete der Tubarschwangerschaft.

Außerordentlich fleißige Zusammenstellung der neuesten in den in den Jahren von 1901—1906 erschienenen Arbeiten sich dokumentierenden Ansichten auf dem Gebiete der Tubarschwangerschaft mit reichem Literaturverzeichnis. Zum Referat nicht geeignet.

2) A. Doran (London). Hornschwangerschaft; Ruptur; Schwangerschaft in dem zurückgelassenen Horn nach der Operation.

27jährige Frau. Zwei Kinder, letztes vor 7 Monaten, bis vor 3 Wochen gestillt. Einzigste Menstruation seit letztem Partus vor 3 Monaten.

Vor 2 Tagen starke hypogastrische Schmerzen, am anderen Morgen krampfartig und Ohnmacht, keine äußere Blutung.

In der Mittellinie Tumor wie Uterus mens. IV, in Verbindung mit der Cervix. Außergewöhnlich starke Verdünnung der supravaginalen Portion. Abends schwere Synkope. Tumor in der Mittellinie nicht mehr nachweisbar, statt dessen Dämpfung über der rechten Seite des Abdomens und im Hypogastrium.

Laparotomie: Viel flüssiges und frisch koaguliertes Blut. Körper wie Uterus aussehend mit unregelmäßiger Wunde an der Vorderfläche, 4 Zoll lang; aus der Wunde Placenta und Eihäute hervorquellend, unter dem Omentum, intakt im Amnion, 3 Zoll langer Fötus. Die innere Seite des zerrissenen Sackes in Verbindung mit dem, wie sich herausstellte, leeren linken Uterushorn durch ein Band oberhalb frei, aber in Verbindung mit der Cervix. Ligatur und Abtragung des rechten Lig. infundibulo pelvicum und des beschriebenen Bandes.

Rechte Tube und Ovarium gingen von der Außenkante des abgetragenen Sackes ab, ebenso auch das rechte Lig. teres. Das linke Horn mitsamt den normalen Adnexen zurückgelassen. Heilung. Genau 1 Jahr später neue ausgetragene Schwangerschaft; schnelle, leichte Geburt.

Das beschriebene Band hatte keinen Kanal, der es in Verbindung brachte mit der Cervix oder der Höhle des normalen Hornes, war aber in seinem unteren Teile morphologisch Cervix.

Verf. macht aufmerksam auf das — im Gegensatz zu Tubarschwangerschaft — Fehlen von Schmerzen, trotz des Bestehens der Schwangerschaft seit 3 Monaten bis zum Momente der Ruptur; den Eintritt derselben erklärt Verf. durch das Aufhören des Schutzes, der dem Sack nach Verlassen des Beckens nicht mehr zukommt. Die starke Ausbildung des Hegar'schen Zeichens wurde vorgetäuscht durch das dünne, das schwangere Horn mit der Cervix verbindende Band. Verf. betont die Möglichkeit der Fehldiagnose einer frühen normalen Schwangerschaft,

Nachdem der Verf. schon einen ganz analogen anderen Fall mit ebenfalls später wieder eingetretener Schwangerschaft operierte, empfiehlt Verf. das konservative Verfahren bei nicht vollkommen ausgebildeter Bifurkation.

3) J. Philipps (London). Ein Fall von Tubarmole; Operation während des Vorganges des Abortes.

38jährige Frau, 11 Jahre verheiratet, eine Frühgeburt im 7. Monate, zwei Aborte in der 10. resp. 9. Woche, letzte vor 18. Monaten. Seitdem beschwerdefrei, regelmäßig menstruiert, letzte vor 12 Wochen.

Wegen Diagnose Extra-uterin-Gravidität Laparotomie: Uterus mäßig vergrößert, an seiner Oberfläche Darmverwachsungen, im Douglas die stark vergrößerte rechte und an normaler Stelle die linke, weniger verdickte Tube, beide mit Darm, Peritoneum und Uterus verwachsen; im Abdomen flüssiges und geronnenes Blut. Hystero-Salpingotomie.

Uterus vollkommen gleichmäßig vergrößert, wie große Orange, stark verdickte, in Falten liegende, vaskularisierte Decidua. Linke Tube vergrößert, 4 Zoll lang, 3 Zoll im größten Umfang, Abdominalende geschlossen, mit klarer, seröser Flüssigkeit gefüllt.

Rechte Tube enorm ausgedehnt und gewunden, schwarzblau verfärbt, $6^1/_2$ Zoll, größte Zirkumferenz 5 Zoll. Im Durchschnitt gefüllt mit großen Blutklumpen in Form einer geschwollenen, dunkel und kongestionierten Glans penis aus dem Fimbrienende heraussehend. Im Zentrum des Blutklumpens eine trianguläre Höhle, ausgekleidet mit zarter Membran. — Die Amnionhöhle, in der Nähe derselben mikroskopisch syncytiale Massen. Kein Embryo.

4) C. Berkeley und V. Bonney (London). Intramurale Ruptur eines tubaren Eisackes.

Februar 1905 in derselben Zeitschrift unterschieden Verff. drei Arten von Ruptur des tubaren Eisackes: 1) extratubare, in die freie Bauchhöhle, 2) intratubare, in das Lumen der Tube hinein, 3) intramurale, zwischen die Muskel der Tube hinein und beschrieben einen Fall letzterer Art. Jetzt berichten sie über einen weiteren.

Durch Laparotomie gewonnenes Präparat. An der linken Tube eine pflaumenartig gefärbte Schwellung von der Größe einer großen Walnuß, das Abdominalende war offen.

Mikroskopisch ließ sich nachweisen: Ruptur des Eisackes in die Substanz der Tubenwandung hinein, das extravasierte Blut zwischen den Muskeln weiter vorgedrungen nach dem Fimbrienende hin, vom Lumen der Tube deutlich getrennt durch eine Muskelschicht. Ohne genaue Untersuchung dadurch das Bild einer Hämatosalpinx vorgetäuscht.

5) J. Marsh (Jodlipore, Indien). Ausgetragene Abdominalschwangerschaft, endigend 27 Monate später mit Abgang des Fötus per rectum.

Außerordentlich interessanter Bericht, daraus hier nur folgendes Extrakt:

Sieben Geburten. Vor 3 Jahren, lange Zeit nach der letzten Geburt, fühlt sich die Frau wieder schwanger. Beim erwarteten Ende der Schwangerschaft tritt Geburt nicht ein, statt dessen allmähliche geringe Abnahme des Leibumfanges. Wiederkehr der Menses 18 Monate nach Sistieren derselben und seitdem 18 Monate ganz regelmäßig sich wiederholend. Vor jetzt 6 Monaten Leibschmerzen, behandelt mit Medizin und Kauterisation der Bauchhaut 3 Monate lang. Dann Auftritt von Dysenterie: beständige, schmerzhafte, faulig stinkende, blutig-eitrige Absonderung. Vor 1 Monat bei Stuhlgang »schien etwas herunterzukommen und vor den After zu treten«, wie ihr gesagt wurde, die Füße des Kindes. 12 Stunden später entfernte eine alte eingeborene Geburtshelferin per anum ein Kind, angeblich minus einem Arm. Wegen des zurückgelassenen Armes kommt die Frau jetzt.

Sehr elend, Puls 125, Temperatur 100,8° F. Heftige Leibschmerzen, beständig brechend. Abdomen ausgedehnt, zahllose Brandnarben, sehr empfindlich. Profuser, oben beschriebener Ausfluß per anum, der umgeben ist von Exkoriationen.

Narkosenuntersuchung: Uterus von normaler Größe, aber nicht frei beweglich, harter, runder Körper, gut abgrenzbar vom Uterus, im Rektum fühlbar. Kein Uterusausfluß, sicher kein Arm im Uterus. Sehr mühsam wurden dann die Schädeldachknochen des mazerierten, hoch oben im Rektum sitzenden, Schädels eines reifen Kindes entfernt. Ein Arm wurde nicht gefunden.

Nochmalige Narkosenuntersuchung vor gesunder Entlassung stellt absolut normalen Befund fest.

6) E. J. Maclean (Cardiff). Ein Fall von Abdominalschwangerschaft, operiert 6 Monate nach Auftritt von Wehen zur Zeit der Reife der Frucht.

34jährige, steril verheiratete Frau. Stets normale Menses. Januar 1905, nach vorangegangener 2monatiger Amenorrhöe, unbestimmte Schmerzen im Unterleibe, gleichzeitig bräunlicher Ausfluß, unregelmäßig andauernd während der folgenden Monate. Von März 1905 an Zunahme des Leibes und der Brüste, Kindsbewegungen bei guter Gesundheit. Am Termine der erwarteten Beendigung der Schwangerschaft, 23. August 1905, wehenartige Schmerzen nebst Blut- und Schleimabgang. Danach allmähliches Beifallen des Leibes und der Brüste. Wohlbefinden bis 8 Tage vor Einlieferung, 17. Februar 1906. Heftige Schmerzen im Rücken und Leib mit Fieber und Erbrechen. Seit September 1905 regelmäßige Blutungen in 3- bis 5wöchigen Intervallen.

Genaue Untersuchung der sehr elenden, fiebernden Frau nicht möglich, aber wegen Diagnose Abdominalschwangerschaft mit frischer Infektion des Fruchtsackes Laparotomie: Vielseitige feste Adhäsionen zwischen Eisack und Peritoneum parietale. Bei Eröffnung Entströmen von fötidem Gas und ca. 1 Liter faulig stinkender, schmutziger Flüssigkeit, teilweise mazeriertes, alle Zeichen der Reife tragendes Kind männlichen Geschlechtes, $6^1/_2$ Pfund schwer. Placenta adhärent an der unteren vorderen Fläche des unteren Sackpoles. Uterus etwas vergrößert, stark nach rechts verdrängt. Nachweis von Ovarien und Tuben nicht möglich. Kotfistel im unteren rechten Pole des Sackes. Peritonealhöhle war gut abgedeckt worden. Nach möglichster Säuberung des Sackinnern Vernähung der Sackwand mit dem Peritoneum. Gazedrains nach 12 Tagen, weil nicht funktionierend, entfernt. Drainage vom Scheidengewölbe aus. Jetzt nach 3 Wochen Abdominalwunde geschlossen, gutes Allgemeinbefinden, Andauern der vaginalen Sekretion.

Inhalt der Leibeshöhlen des Kindes steril.

Die Wehen traten offenbar ein am Termine der Reife des Kindes, gefolgt vom Tode desselben und teilweiser Absorption des Fruchtwassers. Infektion des Fruchtsackes erfolgte 6 Monate später infolge der bei der Operation konstatierten kleinen Kotfistel.

7) W. A. Milligan (London). Zur Diagnose der jungen Extra-uterin-Gravidität.

Sehr sorgfältige, aber nichts Neues bietende Darstellung des klinischen Bildes der Extra-uterin-Gravidität mit allen diagnostischen und differentialdiagnostischen Schwierigkeiten. Zum Referat ungeeignet.

Interesse beanspruchen folgende Daten: Verf. operierte 50 Fälle von Extra-uterin-Gravidität. Die Durchschnittszahl der vorangegangenen Geburten betrug vier, die Zahl der Jahre seit der letzten Schwangerschaft $4^1/_2$. Die Extra-uterin-Gravidität folgte häufiger auf eine ausgetragene Schwangerschaft, als auf Abort. Achtmal war es die erste Schwangerschaft überhaupt.

Ein kleines Verzeichnis englischer Literatur ist beigegeben.

8) F. E. Taylor (London). Extra-uterin-Gravidität, kompliziert mit Fibromyom des Uterus.

Hinsichtlich der Extra-uterin-Gravidität sind Uterusmyome in zweifacher Beziehung von Interesse: 1) Bezüglich der Differentialdiagnose; ein Vorgang kann den anderen vortäuschen. 2) Myome, etabliert in den Hörnern, dem Fundus oder oberen Teile des Corpus uteri, scheinen eine besondere Neigung zu haben das Lumen des interstitiellen Teiles der Tube zu versperren und damit die Ursache zu einer Tubargravidität zu geben.

Trotz dieses begünstigenden Momentes ist wohl die Tatsache, daß andererseits gewöhnlich das Uterusmyom Sterilität bedingt, der Grund, daß die Extra-uterin-Gravidität immerhin eine seltene Komplikation des ersteren ist.

Verf. stellte aus der Literatur im ganzen 18 derartige Fälle mit mehr oder weniger ausführlicher Beschreibung derselben und Literaturangabe zusammen und gibt den Bericht eines selbst beobachteten Falles.

37jährige verheiratete Frau, $2^1/_2$ Monate schwanger, plötzlich heftige Schmerzen im Leib und Ohnmacht. 12 Stunden später in extremstem Kollaps Laparotomie. Abdomen gefüllt mit Blut. Rupturierte linke Tube mit teilweisem Austritt des Ovums. Uterus vollkommen gleichmäßig vergrößert, daher Diagnose Extra-uterin-Gravidität. Schnellste Ausführung der Operation; trotz aller Stimulantien usw. 24 Stunden später Exitus.

Sektion: Keine Nachblutung, keine Peritonitis. Uterus gleichmäßig vergrößert wie mens. II. Auf Durchschnitt: allgemeine Uterushyperplasie, ganz genau in der Mitte des Fundus ein rundes, hartes, interstitielles Myom von Golfballgröße, wodurch also eine Versperrung der Lumina der beiden Tubenmündungen sehr plausibel ist. Im Cavum uteri dicke Decidualmembran, teilweise von der Unterlage abgehoben. Keine intra-uterine Gravidität.

9) F. W. N. Haultain (Edinburgh). Klinische Erfahrungen über ektopische Schwangerschaft und solche vortäuschende Vorgänge.

An der Hand seiner an 21 Fällen von Extra-uterin-Gravidität und anderen Operationen gemachten Erfahrungen bespricht Verf. die bekannten Schwierigkeiten der Diagnose der ersteren und teilt einige interessante Fehldiagnosen mit:

35jährige Frau, Menses irregulär, plötzliche heftige Schmerzen im Leib und Ohnmacht. Symptome innerer Blutung, gespannte Bauchdecken. Uterus etwas vergrößert, rechts daneben weicher Tumor von Puteneigröße. Laparotomie. Abdomen mit Blut gefüllt, rechtsseitiges Ovarialdermoid mit rupturierter Vene im Stiele.

27jährige Frau. Nach 5wöchiger Amenorrhöe heftige Schmerzen im Leib. Uterus vergrößert, nach vorn gedrängt durch weiche Geschwulst. Laparotomie. Unilokuläre Ovariencyste und intra-uterine Gravidität.

40jährige Frau, seit 10 Monaten profuse, irreguläre, vaginale Blutung, kürzlich Urinretention, Katheterisation erheischend. Große, harte Geschwulst im Douglas, den Uterus nach vorn drängend. Diagnose: Inkarzeriertes Fibromyom. Laparotomie: Großer, straff gespannter Blutsack, ein atrophisches Ei einschließend.

30jährige Frau, seit 3 Monaten konstant sich wiederholende vaginale Blutungen nach einmal um mehrere Tage verspätet eingetretener Menstruation. Beständige Schmerzen in der linken Seite mit Exazerbationen. Temperatur normal, Puls unter 100. Links neben dem Uterus weiche, gespannte, pulsierende, cystische Geschwulst von Puteneigröße. Diagnose: Tubarmole. Laparotomie. Ovarialabszeß und Salpingitis.

26jährige Frau, nach 2monatiger Amenorrhöe unter starken Schmerzen und Blutung Abgang von Decidua. 5 Wochen später starke Schmerzen im Leib. Im Becken Geschwulst von klein Kokusnußgröße, links davon ein Körper, der für den Uterus angesprochen wurde, in den man auch 4 Zoll weit eine Sonde einführen konnte. Da sich während der Untersuchung die Konsistenz der Geschwulst veränderte, nahm man Intra-uterin-Gravidität an und wartete ab. 3 Monate später 6 Monate altes Ei ausgestoßen. Nun deutlich Uterus bicornis abzutasten.

30jährige Frau, 5 Jahre verheiratet. Keine Kinder. Heftige Schmerzen im Leibe. 2 Monate Amenorrhöe, gefolgt von starken, fast beständigen Blutungen seit 3 Monaten. Obstipation abwechselnd mit Diarrhöe. Rechts von der Mittellinie im Hypogastrium ausgesprochen gespannte Geschwulst, die für den graviden Uterus gehalten wurde, verdrängt durch gespannten, schwer abgrenzbaren Tumor an der linken Seite, über welcher auch beträchtlicher Druckschmerz bestand. Diagnose: Intra- und Extra-uterin-Gravidität. Vor der beabsichtigten Operation Rizinusöl. Der linksseitige Tumor verschwunden. Frau in bester Gesundheit.

In seinen Schlußsätzen betont Verf. die Schwierigkeit der Diagnose infolge

der Unregelmäßigkeit der Symptome, die große Häufigkeit, mit der andere Vorgänge dasselbe Bild vortäuschen, die Leichtigkeit, mit der die Symptome mit denen eines einfachen Abortes verwechselt werden können, und die sich daraus ergebende Forderung gründlicher bimanueller Untersuchung in jedem solchen Falle. In jedem Falle festgestellter Diagnose befürwortet Verf. sofortige Operation.

10) J. R. Kelly und A. L. McIlroy (Glasgow). Über Ovarialschwangerschaft mit Bericht über bisher unveröffentlichten Fall.

K. operierte eine Frau mit Diagnose Extra-uterin-Gravidität, fand eine Blutcyste im linken Ovarium, hielt seine Diagnose für verfehlt, und erst nach Monaten stellte sich bei der mikroskopischen Untersuchung heraus, daß es sich um eine Ovarialschwangerschaft handelte. Verff. glauben danach, daß auf ähnliche Weise manche derartige Schwangerschaft übersehen würde, und diese viel häufiger wäre, als man bisher annehme.

Nach kurzer Beschreibung der bisher bekannt gewordenen Fälle genauer, durch vortreffliche Reproduktionen illustrierter Bericht über die klinische und Operationsgeschichte, sowie des pathologisch-anatomischen Befundes des genannten Falles.

Nur einiges kann davon hervorgehoben werden. Das Präparat bestand aus der absolut normalen Tube und dem pflaumengroßen Ovariumtumor; der obere Teil desselben war normales, mit kleinen Cystchen durchsetztes, Ovarialgewebe; der untere, größere Teil, die »Blutcyste«, dunkelblutfarbig durchschimmernd und im unmittelbaren Zusammenhange mit der oberen Hälfte des Tumors, auf dem Durchschnitte durch und durch mit Blut durchsetztes Gewebe, welches umgeben ist von einer festen Bindegewebskapsel; kein Embryo.

Die Cystenwand erweist sich als Eisack. Die Schwangerschaft kam zustande im Ovarium selbst: Die Tube ist normal, keine Adhäsionen zwischen ihr und dem Ovarium, in Schnitten durch ihr abdominales Ende Flimmerepithel, nirgends deciduale Elemente, der Eisack besteht vollkommen aus Ovarialgewebe, nirgends in demselben eine Trennung der Kontinuität — es fand also keine Ruptur statt, aber der Punkt des geringsten Widerstandes fand sich an einer äußerst verdünnten Stelle im unteren Teile des Tumors, wo der Druck der Blutmassen am größten war —, das Ei grub sich nicht etwa, vorher befruchtet, in das Ovarialgewebe ein, sondern wurde im Graaf'schen Follikel befruchtet, wo sich dann weiter die Schwangerschaft entwickelte. Das beweist das Vorhandensein von Luteinzellenlagen, unmittelbar anliegend dem fötalen Epiblast, aber getrennt von diesem durch eine Schicht von Fibrin und Bindegewebe. Letzteres beweist gleichzeitig, daß das Bindegewebe das normale Gewebe für die Einbettung des Eies ist, gleichgültig ob intra- oder extra-uterin.

In der Blutmasse finden sich überall zerstreut Chorionzotten ohne bestimmte Anordnung, nahe dem Zentrum Stränge von homogenem Gewebe. — Das Amnion, in geringer Entfernung des Chorions, degeneriert. Die Zotten weniger degeneriert als das Chorion selbst. Die beiden Schichten an der Oberfläche der Zotten nicht deutlich differenziert, aber erkennbar. Haufen von Trophoblastzellen, sehr degeneriert und den Zotten anliegend, waren nur in dem oberen Teile des Präparates zu erkennen, aber syncytiale Massen in Form von Knospen und Strängen, ausstrahlend von der Zottenoberfläche.

Die Tatsache, daß keine decidualen Elemente gefunden wurden, widerspricht der Annahme, daß eine Schwangerschaft sich nur in Gewebe etablieren könne, das vorher gewissen genetischen Einflüssen unterworfen war. — In dem Ovarialgewebe wurden Corpora lutea in den verschiedensten Stadien der Entwicklung gefunden, erwähnenswert gegenüber der Theorie von dem Stillstande dieser Entwicklung in der Gravidität. **Eversmann** (London).

---

1) J. Bland-Sutton (London). Komplikation von Uterusfibrom mit Karzinom des Uteruskorpus.

In einer Serie von 500 Fällen, die Verf. wegen Fibroma uteri operierte, befanden sich 63 Frauen, die 50 Jahre und älter waren, 13 waren über 60 Jahre, die

älteste 73 Jahre. Unter diesen 63 Frauen waren 8, bei denen sich gleichzeitig Karzinom des Korpusendometriums fand.

Verf. meint, nach dem bisherigen Materiale sei es noch nicht erlaubt, zu behaupten, daß das Fibroma uteri eine Disposition für eine Krebserkrankung des Korpusendometriums abgebe. Er regt aber zu genauen statistischen Untersuchungen über diese zum mindesten interessante Frage an. Verf. fand, daß die Komplikation sich vorzüglich zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr und bei unverheirateten oder sterilen Frauen findet, während das ohne Fibrom komplizierte Karzinom bekanntlich in viel weiteren Altersgrenzen sich bewegt.

Verf. gibt einen kurzen Bericht über die acht erwähnten Fälle. Bei einem dieser entfernte er bei der Laparohysterektomie auch einen großen Karzinomknoten vom Omentum. Sonst waren keine Metastasen nachweisbar gewesen. 4 Monate später starb die Frau. Das ganze Becken, Abdomen und die Abdominalnarbe waren durchsetzt mit Karzinommassen. Verf. hebt dies als den eklatanten Fall der postoperativen Karzinominfektion nach abdominaler Hysterektomie hervor.

Unter den 500 obigen Fällen fand Verf. zweimal primäres Karzinom der Tube.

2) R. Jardine (Glasgow). Eklampsie während der Schwangerschaft. Tod infolge von Anurie; ausgedehnte Infarktion beider Nieren.

30jährige VIIpara, 7 Monate gravid, nach acht Anfällen bewußtlos eingeliefert. Urin erstarrt bei Kochprobe. Drei weitere Anfälle. 2 Tage später Partus; nachfolgender Kopf in Narkose entwickelt. 2‰ Albumen (Esbach).

Seit dem Partus Besserung des Allgemeinbefindens, freies Sensorium, nur noch ein Anfall, am Tage post partum Nahrungsaufnahme; aber trotz aller möglichen therapeutischen Maßnahmen fast absolute Anurie, nur am 3. und 4. Tage post partum Spuren von Urin per Katheter zu entnehmen gewesen mit geringem Albumengehalte. $4^1/_2$ Tage post partum Spaltung der rechten Nierenkapsel in Narkose. Operation gut überstanden, aber während des folgenden Tages plötzlicher rapider Verfall der Herzaktion, Unruhe, Schmerzen im Abdomen, klares Bewußtsein, kein Anfall. 10 Stunden post partum, $5^1/_2$ Tage nach Einsetzen der Anurie, Exitus.

Sektion: Geringes allgemeines Ödem, kein Ascites, beide Nieren vergrößert, kongestioniert, besonders rechts. Innere Zone der Cortex und Medulla annähernd normal. Die äußeren Zonen der Cortex, $^1/_3$—$^2/_3$ der gesamten derselben, gegen die innere scharf begrenzt durch eine Zone intensiver Kongestion und extravasierten Blutes. Die Infarktion geht meist bis an die Oberfläche heran, nur hier und da schmale oberflächliche Zonen freilassend. Becken und Ureteren normal. Die größeren Gefäße verdickt, aber ohne Thrombose und Endarteriitis. Mikroskopisch besteht das Bild in weit ausgedehnter Infarktion der Nierenrinde, ziemlich frischen Datums; die nekrotisierten Tubuli und Glomeruli noch gut erkennbar, wenn auch ohne Kernfärbung. Nur die kleineren Gefäße der Rinde sind thrombosiert, die größeren an der Verbindung zwischen Cortex und Medulla sind überall völlig frei. Nur an den kleineren und mittleren Gefäßen geringradige Endarteriitis. In der Leber, abgesehen von geringgradiger Fettinfiltration, nichts Abnormes.

Neben dem interessanten Nierenbefunde hebt Verf. das Fehlen jeglichen urämischen Symptoms trotz $5^1/_2$tägiger Anurie hervor.

3) D. L. Roberts (Manchester). Fibromyomatöser Uterus, entfernt mittels supravaginaler Hysterektomie nach vorhergehender Enukleation von vier intramuralen Fibromyomen.

Das Wesentliche über den Fall ist in der Überschrift enthalten.

42jährige Frau, wegen akuter Urinverhaltung eingeliefert. 12 Geburten in 22 Jahren, letzte vor 3 Jahren. Seitdem Menorrhagien. Seit 1 Jahre Zunahme des Leibes.

Sehr anämisch. 40 ccm Urin per Katheter entnommen. Großer, unregelmäßiger, das Becken ausfüllender Tumor. Vorderes und hinteres Scheidengewölbe durch große, harte Tumoren ausgefüllt. Cervix ausgezogen an der Symphyse stehend.

Laparotomie: Nach schneller Enukleation von vier in der Uterovesikalfalte, im Douglas und zu beiden Seiten liegenden Myomen supravaginale Amputation.

Verf. empfiehlt dieses Verfahren sowie die supravaginale Amputation gegenüber der Totalexstirpation hauptsächlich wegen der geringen Gefahr der Chokwirkung und der Folgeerscheinungen des Chloroforms.

4) D. L. Roberts (Glasgow). Tödlich verlaufene septische Cystitis mit Blasenruptur bei Retroversio uteri gravidi.

28jährige Frau, vor 5 Monaten letzte Menstruation. Schmerzen im Abdomen, Incontinentia urinae, nachdem vor 5 Tagen 24 Stunden Urinverhaltung bestanden hatte.

Pat. ist sehr elend; spontane Entleerung der Blase unmöglich. Cystischer Tumor von der Symphyse bis 3fingerbreit oberhalb des Nabels. 80 ccm Urin per Katheter abgelassen, stinkend, schwarz-blutig. Dann Uterus fühlbar, entsprechend dem 5. Monate der Schwangerschaft, retrovertiert und im Becken inkarzeriert. Nach Blasenspülungen vergeblicher Versuch der Reposition.

Am nächsten Tag Exitus. Septische Peritonitis.

Sektion: Retrovertierter, inkarzerierter Uterus mit 5monatigem Fötus. Schleimhaut der Blase kotig, wie verfault. In der hinteren Blasenwand unregelmäßige, runde Öffnung, 3 Zoll im Durchmesser. Akute Peritonitis.

5) A. W. Addinsell (London). Chronische infektiöse Metritis.

Verf. hat die Fälle im Auge, wo bei Frauen im vorklimakterischen Alter Blutungen sowohl hinsichtlich der Häufigkeit als auch Stärke trotz oder auch gerade nach allen möglichen Behandlungen (z. B. nach Curettage) derartige Grade annehmen, daß man sich schließlich gezwungen sieht, die Hysterektomie vorzunehmen. Vorher, bei der Palpation, als auch nacher, am exstirpierten Organe, kann man makroskopisch nichts Pathologisches wahrnehmen.

Verf. hat eine größere Zahl derartiger Fälle selbst behandelt. Er gibt ausführlichen Bericht über den Krankheitsverlauf und den mikroskopischen Befund vier solcher Fälle.

Verf. meint, seien die Befunde auch an sich nichts Neues, so seien sie doch so charakteristisch und typisch, daß sie unter einem Namen, für den er chronische infektiöse Metritis empfiehlt, zusammengefaßt werden müßten. Die Erkrankung tritt auf im Anschluß an irgendeine Infektion, sei es nach der Entbindung oder der Curettage wegen Abortes, Gonorrhöe usw.

Mikroskopisch lassen sich drei Stadien unterscheiden: 1) Perivaskuläre und periglanduläre Proliferation von Rundzellen, eintretend in die Muskelwand durch das Endometrium, entlang gehend an den Gefäßen und schließlich in die Muskelwand selbst eindringend. Auffällige Vermehrung der Gefäße und Verdickung ihrer Wandungen, wobei hauptsächlich die Media betroffen ist. 2) Starkes Wuchern des fibrösen Gewebes, welches die Muskelbündel trennt und diese schließlich ersetzt. 3) Degeneration des stark gewucherten fibrösen Gewebes.

Neben guter Beschreibung dieser Befunde illustrieren diese noch eine Zahl sehr instruktiver Mikrophotogramme.

Trotz zahlreicher Untersuchungen konnte Verf. in keinem Falle Mikroorganis men mit Sicherheit nachweisen.

6) E. S. Carmichael (Edinburg). Über Hernien der Uterusadnexe. Bericht über sieben Fälle.

Nach dem Verf. findet man in 25—30% der Fälle von Inguinalhernien beim weiblichen Geschlecht als Inhalt die Uterusadnexe. Unter 23 selbst operierten Fällen fand Verf. das Ovarium, die Tube oder beide 7mal.

Bei 76 im Edinburger Royal hospital for sick children wegen Inguinalhernie operierten Kindern weiblichen Geschlechtes war Inhalt vorhanden, darunter 24mal Ovarium, Tube oder beide. Diese bilden daher den häufigsten Inhalt der weiblichen Inguinalhernien und, verglichen mit dem Befunde bei Männern, den häufigsten Teil aller in solchen Hernien überhaupt gefundenen Eingeweide.

Bei den 7 vom Verf. operierten Fällen waren 3 bilaterale, 3 rechts-, 1 linksseitige Hernie. Dem Alter nach waren 2 Kinder unter 1 Jahre, 3 unter 5 und 2 unter 12 Jahren betroffen.

Bei dem größeren Materiale des genannten Hospitales bildeten unter 21 im

1. Lebensjahr operierten Fällen die Adnexe 13mal, unter 21 im Alter unter 5 Jahren Operierten 7mal, unter 34 im Alter unter 12 Jahren Operierten 2mal den Inhalt der Hernien. Demnach sind im Säuglingsalter in 60% die Adnexe der Inhalt der Hernien.

In den verschiedensten Graden, mehr oder weniger vollkommen, waren die Adnexe in den Bruchsack eingetreten; es variierte zwischen dem bloßen Anliegen derselben an den Abdominalring und dem vollkommenen Eintritte derselben in den Sack; in der Regel ist der Eintritt um so vollständiger, je jünger das Kind ist. 5 von den genannten 7 waren vollkommen, während 2mal nur das Lig. infundibulo-pelvicum in dem Sacke lag, d. h. Tube und Ovarium konnten vorher bei der Palpation nicht im Sacke liegend nachgewiesen werden.

Die interessanten Ausführungen über die Anatomie des Nuck'schen Kanales, die Beziehungen des Peritoneums, des Lig. teres usw. zu demselben können hier nicht wiedergegeben werden, es sei nur darauf hingewiesen.

Verf. machte zahlreiche Untersuchungen über die Lage der Adnexe bei Kindern und erhielt daher die mehr oder weniger bekannten Befunde, die die äußerste Unregelmäßigkeit derselben beweisen; er fand sie vom unteren Pole der Niere auf dem Psoas an bis zum Abdominalringe.

Er macht darauf aufmerksam, daß bei Lage im Nuck'schen Kanale die Beweglichkeit der Adnexe nur eine sehr beschränkte ist, und man zwecks vollkommener Reponierung stets den Ansatz der Peritonealfalte an der hinteren Wand des Sackes ausgiebig spalten müsse.

Stets liegt im Bruchsacke die Tube tiefer, d. h. näher der Medianlinie, als das Ovarium. So findet man auch wohl die Tube allein im Bruchsack ohne das Ovarium, aber niemals das Umgekehrte.

Niemals konnte sich Verf. dazu entschließen, ein Ovarium zu entfernen. Er hält den Entscheid darüber, ob es normal sei oder nicht, für außerordentlich schwer. Das Aussehen und die Größe desselben variiert sehr. Bald gleicht es nur einem ausgezogenen Bande, bald ist es oval, dick und bohnengroß. Die Oberfläche ist glatt, ohne Zeichen von Follikelbildung, oder unregelmäßig, mit Follikeln von beträchtlicher Größe besetzt, oder endlich absolut cystisch.

Ein Literaturverzeichnis ist der Arbeit beigegeben.

7) Sir J. Halliday Croom (Edinburg). Über maligne Endokarditis während der Schwangerschaft mit Bericht über einen solchen Fall.

So häufig sie im Puerperium ist, in der Schwangerschaft ist sie eine große Seltenheit; Verf. konnte nur sechs weitere Fälle in der Literatur finden.

Des Verf.s Fall betraf eine 23jährige Ipara, 5 Wochen vor dem Schwangerschaftsende. Vor 6 Jahren Pneumonie, seitdem fast beständig Ödeme der Beine, Herzpalpitationen und Luftmangel in verschiedener Stärke. Mit Zunahme der Gravidität Steigerung der Symptome. Im 6. Monate Schüttelfrost, intermittierende Schmerzen im Rücken und Abdomen, Erbrechen, 2 Tage dauernd; danach Abnahme der Urinmenge. Keine Gehörs- und Sehstörungen, keine Ohnmachten, nur gelegentliche Kopfschmerzen und Erbrechen.

Bei der Aufnahme subjektives Wohlbefinden der kräftigen, gut genährten Frau. Puls regelmäßig, kräftig, mäßig gespannt; geringes Ödem nur an den Beinen; geringer Albumengehalt des Urins. Blasendes systolisches Geräusch an der Herzspitze, auch über der Tricuspidalis hörbar. Am Abdomen Befund entsprechend dem Schwangerschaftsmonate.

Nachdem am nächsten Tage bei leichtem Übelbefinden der Pat. die Temperatur auf 103° F, der Puls bei guter Qualität auf 126 stieg und starkes Ödem am ganzen Körper auftrat, wurde 2 Tage später, nach vorbereitenden Wehen, bei eröffnetem Muttermunde, die Zangenextraktion eines frisch toten Kindes in Chloroformnarkose vorgenommen. Nach vorübergehendem Wohlbefinden Ansteigen der Temperatur, Puls äußerst unregelmäßig und frequent, enormes allgemeines Anasarka. 10 Stunden post partum Exitus in extremer Cyanose. 1 Tag vor dem Partus war am rechten Oberschenkel eine schmerzhafte, gespannte, erythematöse Stelle bemerkt worden.

Sektion: Septische Endokarditis der Aorta und Mitralklappen, welche der Sitz der chronischen Endokarditis waren, akute Myokarditis, chronische adhärente Perikarditis, akute toxische Veränderungen in allen Organen. Keine Zeichen septischer Infektion des Uterus, auch mikroskopisch nicht. Zahlreiche Staphylokokken in den endokarditischen Vegetationen.

Verf. bespricht an der Hand des ausführlichen pathologisch-anatomischen Befundes im Zusammenhange mit den weiteren bekannten Fällen das Krankheitsbild. Der Modus der Infektion ist, wie gewöhnlich in solchen Fällen, dunkel, vielleicht in diesem Falle zurückzuführen auf das Ulcus am Oberschenkel. Verf. teilt nicht die Ansicht Guyot's, wonach die Schwangerschaft als besondere Prädisposition für solche Erkrankungen anzusehen wäre, sondern betrachtet letztere nur als eine seltene und zufällige Komplikation.

8) R. Jardine (Glasgow). Eklampsie während und nach der Geburt. Genesung nach ungefähr 200 Anfällen.

30jährige IVpara, am Ende der Schwangerschaft. Die früheren Geburten ohne Besonderheiten. Vor der Einlieferung acht Anfälle. Benommen; geringe Ödeme der Beine. Puls 100. Spuren von Albumen im Urin, keine Zylinder. Subkutane Kochsalzinfusionen, Ausspülung des Magens, Gabe von großen Dosen von Epsomsalz, Klistiere, heiße Packungen; guter Schweißausbruch.

Nach 3 Tagen Wohlbefindens spontane Geburt eines gesunden Kindes. Nach weiteren 48 Stunden vorzüglichen Befindens bei reichlicher Urinsekretion erneuter Anfall, und dann innerhalb 3 Tagen 199 Anfälle. Diese waren fast alle schwer, aber das Koma zwischen den einzelnen nicht tief. Nach Aufhören der Anfälle erholte sich Pat. in wenigen Tagen vollkommen. Nur Spuren von Albumen fanden sich noch dauernd im Urin.

Die Behandlung bestand in Kochsalzinfusionen, subkutan und intravenös, in Verbindung mit Blutentziehungen, als dies effektlos erschien, in Narkoticis aller Art: Chloroform, Morphium, Chloral. Daran schloß sich Lumbalpunktion; die Zerebrospinalflüssigkeit trat tropfenweise aus, nur während des Anfalles frei abfließend, war klar und steril. Diese Punktion allein sowie nachherige Injektion von Kokain hatte auch nur vorübergehende Wirkung.

Verf. meint, für die Rettung der Pat. sei nur die tadellose Funktion der Nieren während der ganzen Zeit anzusprechen und die vorzügliche Herzkraft, die er reichlich mit Strychnin und Digitalin, alle 3 Stunden gereicht, unterstützte, sobald sie nur nachzulassen schien. **Eversmann** (London).

Verschiedenes.

5) J. A. Amann. Über sekundäre Ovarialtumoren.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 50.)

Die sehr klaren und prägnanten Ausführungen sind geeignet, die in letzter Zeit viel diskutierte Frage über den vorzugsweise sekundären Charakter maligner Ovarialtumoren erheblich zu fördern. Nach exaktem Studium einer Reihe von ihm selbst beobachteter Fälle (18) unterscheidet Verf. folgende drei charakteristische Typen des sekundären Ovarialkarzinoms:

1) das ödematöse Fibrom mit epithelialen Einlagerungen;
2) das knollige markige Karzinom (Adenokarzinom, event. mit Cystenbildung);
3) das Kystom mit stellenweise fibrokarzinomatösen Einlagerungen.

Der interessanteste und in seinem sekundären Charakter am wenigsten anfechtbare Typus ist der erste. Die epithelialen Elemente treten hier gegenüber der Bindegewebswucherung so sehr in den Hintergrund, daß sich der ganze Tumor eher mit einem Fibrom vergleichen läßt. Zugleich ist ihm eine sehr weiche Konsistenz eigen infolge seröser Durchtränkung des Gewebes. Deshalb wählt A. die obige Bezeichnung.

Die eingelagerten adenokarzinomatösen oder karzinomatösen Stränge sind häufig

gallertig degeneriert, so daß der Typus eines ausgesprochenen Gallertkarzinoms bestehen kann.

Bei der histologischen Untersuchung erwecken die Tumoren dieser Gruppe nicht selten den Eindruck von Endotheliomen (rosenkranzförmiges Vordringen einzelner Epithelbezirke zwischen die Spalten des aufgelockerten Bindegewebes). Darauf wurden komplizierte histogenetische Hypothesen aufgebaut.

Die Einlagerung großer, blasig gequollener, siegelringförmiger Zellen zwischen den Bindegewebsspalten ist von Krukenberg beschrieben worden. A. fand sie viermal.

Die starke Bindegewebswucherung ist wohl als Reaktion des Ovariums gegenüber der Einwanderung neoplastischer Zellen aufzufassen. Der Verf. fand auch an makroskopisch nicht veränderten Ovarien, die von Pat. mit Magen- oder anderen Karzinomen stammten, eine starke Reaktion am Bindegewebsmantel.

Ein absolut sicherer Beweis für den sekundären Charakter der Ovarialgeschwulst ist nicht immer zu erbringen. Früher hat das Mißverhältnis in der Größe zwischen einem kleinen Magenkarzinom und dem enormen Ovarialtumor die Autoren häufig von der Annahme einer sekundären Bildung abgeschreckt. Es wurde aber inzwischen gezeigt, daß der Magen bei den Metastasen von primären Ovarialneubildungen nicht in Betracht kommt.

Bei der Annahme einer doppelten primären Anlage müßten beide Neubildungen die charakteristischen Merkmale eines primären Tumors aufweisen. Die Tumoren der ersten Gruppe können als primär im Ovarium entstanden nicht gelten. Adenokarzinomatöse Proliferationen kommen wohl auch bei primären Ovarialtumoren vor, jedoch kaum ein doppelseitiges, typisches Gallertkarzinom der Ovarien, dagegen sind diese Neubildungen sehr häufig im Magen und Darm und als Metastasen des Magen- und Darmkarzinoms. Adenokarzinome mit starker Schleimsekretion sind bei den weichen Darmkarzinomen gewöhnlich, als primäre Ovarialkarzinome selten.

Beim dritten Typus ist die Möglichkeit einer sekundären Infektion bereits vorhandener, gutartiger Symptome in Betracht zu ziehen. Sehr rasches Wachstum der Tumoren, nachdem schon vorher lange Magenkarzinom bestanden hat, das Vorhandensein von Bezirken ödematös bindegewebiger Art spricht auch hier für die Auffassung der Geschwulst als Metastase.

Als Weg der Metastasenbildung ist in erster Linie die Implantation von Karzinompartikelchen auf die Ovarialoberfläche anzusehen. Voraussetzung ist die Durchwucherung des Karzinoms durch Magen- oder Darmwand. A.'s eigene Versuche lassen die Ovarien als für die Implantation neoplastischer Elemente ganz besonders geeignete Organe erscheinen. Bei intakter Magen- oder Darmwand muß man sich den Transport der Karzinommassen auf dem retrograden Lymphwege vorstellen. (Event. auch direkter Lymphweg bei Flexur- oder Rektumkarzinom.)

Klinische Schlüsse: In allen Fällen von voraussichtlich malignem Ovarialtumor genaue Magenuntersuchung. Bei der Operation peinliche Abtastung der Baucheingeweide. Der primäre Tumor ist oft so klein, daß er sogar bei der Autopsie verborgen bleiben kann. **Frickhinger** (München).

6) **Vautrin** (Nancy). Drei seltene Formen von Geschwüren der Scheide und der Portio.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. September.)

Während die ulzerösen Affektionen der äußeren weiblichen Geschlechtsteile hinlänglich studiert sind, ist das weniger mit den in der Scheide gelegenen geschwürigen Prozessen der Fall.

I. Verf. befaßt sich zunächst mit der im Jahre 1894 von Zahn beschriebenen Erkrankung, dem Ulcus rotundum simplex vaginae. Im ganzen sind bis jetzt — einschließlich der vom Verf. mitgeteilten Krankengeschichte — 11 Fälle von Ulcus rotundum vaginae beschrieben, von denen nur sechs klinische Beobachtungen am Lebenden darstellen. Man könnte die Frage aufwerfen, ob man überhaupt be-

rechtigt ist, einen eigenen Krankheitstypus für diese Affektion aufzustellen, man muß aber diese Frage mit einem uneingeschränkten »Ja« beantworten. Denn das runde Scheidengeschwür zeigt durch sein symptomloses Entstehen und seinen — abgesehen vom Ausfluß — symptomlosen Verlauf, durch sein Aussehen, durch das Fehlen jeglicher malignen Tendenz, durch die Beschaffenheit seines Grundes und seiner Ränder, durch seine Lokalisation, durch den Mangel jeglicher Reaktion in der Umgebung — so charakteristische Eigenschaften, daß es außerhalb der Reihe sonstiger ulzerativer Prozesse der Scheide steht, und daß man es nur mit einer einzigen Erkrankung vergleichen kann, dem Ulcus rotundum ventriculi.

Nach Thomson's und Verf.s Beobachtung kann die Annahme Beuttner's, daß das runde Scheidengeschwür eine Affektion des höheren Alters sei, nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Lokale Zirkulationsstörungen infolge von Arteriosklerose erkennt Verf. mit Beuttner als ätiologisches Moment an, dagegen glaubt er in dieser Beziehung weniger an eine korrosive Wirkung des Cervix-Uterussekretes. Denn bei der Kranken, über welche Verf. berichtet, war der Uterus total entfernt und die Vagina nach oben zu anstatt durch die Cervix durch eine reaktionslose Narbe abgeschlossen. Wohl aber sei die Möglichkeit gegeben, daß auf Grund der Gefäßalteration Infektionskeime an zirkumskripter Stelle eine deletäre Wirkung auf die Schleimhaut entfalten könnten. Wenn dagegen — wie in dem vom Autor mitgeteilten Falle — weder in der Vagina noch an der Vulva irgendeine Spur einer Entzündung aufzufinden ist, wenn es sich, wie hier und bei der Beobachtung von Thomson, um junge, sonst gesunde Personen handelt, so muß ein anderer, nur vermutungsweise zu bezeichnender Faktor bei der Entstehung des Geschwüres mitwirken. Ihn hält Verf. für gegeben in trophischen Störungen im Bereiche der Beckenäste des Sympathicus, in einer Art infektiöser Neuritis latenten Ursprunges.

II. Des weiteren berichtet Verf. über die Beobachtung eines auf der vorderen Muttermundslippe sitzenden und bis in das vordere Scheidengewölbe reichenden nomaartigen Geschwüres mit infiltrierter Umgebung, das wegen seiner großen Tendenz zur Ausbreitung — namentlich in die Tiefe gegen den Uteruskörper zu — mit der Portio exzidiert wurde. Die Wunde heilte reaktionslos. Verf. reiht dieses Geschwür unter die von Clarke beschriebenen, in ihrem Wesen noch dunkeln phagedänischen Ulzerationen der Scheide.

III. Ein anderes phagedänisches Geschwür sah Verf. bei einer 20jährigen Pat. In diesem Falle handelte es sich um ausgedehnte Ulzerationen der Vaginalwand, die mit einigen Intervallen vorübergehender Besserung schließlich die ganze Vagina deformierten, ja sie in einigen Partien vollständig obliterierten. Daneben zeigte sich multiple Gangrän der Haut, auch traten Ösophaguskrämpfe auf, die das Schlucken unmöglich machten und die Ernährung der Pat. stark herunterbrachten. Durch suggestive Behandlung wurde vorübergehende Besserung aller Symptome, auch der geschwürigen Prozesse in der Scheide, erzielt. Die ganze Erkrankung basierte somit auf einer vasomotorisch-trophischen Neurose, d. h. auf Hysterie.

Frickhinger (München).

7) **Violet und Adler.** Über einen nach klinischen Kriterien operablen Fall von Krebs des Collum uteri mit Metastasen auf dem Peritoneum, die erst bei der Laparotomie konstatiert wurden.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. Juli.)

Dieser Fall spricht von neuem zugunsten der abdominalen Totalexstirpation. Denn beim Beschreiten der vaginalen Route wäre die Ausbreitung des Karzinoms auf das Peritoneum nicht erkannt worden. Die Pat. wäre einer zwecklosen, großen Operation unterzogen worden, während nach Eröffnung des Abdomens und Erkennung der Sachlage von der Exstirpation des Uterus Abstand genommen wurde.

Frickhinger (München).

8) **G. Piquard** (Paris). Fibrom und Uteruskarzinom.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. Juli, August, September.)

Bei dem großen Umfange, welchen diese fleißige Arbeit einnimmt, kann das Referat nur auf die Grundzüge und die Schlußfolgerungen eingehen. Die Frage, ob das Fibrom als Prädisposition für die Erkrankung an malignen Neubildungen anzusehen ist, hat besondere Bedeutung vom therapeutischen Gesichtspunkt aus, weil im Bejahungsfalle dieser Frage jedes Myom grundsätzlich der Operation zu unterziehen wäre. Verf. sammelte alle ihm aus der Literatur zugängigen Fälle von gleichartigem Vorkommen eines Fibroms und Uteruskarzinoms, verglich ihre Zahl mit der Gesamtzahl der von jedem Chirurgen operierten Fibrome und versuchte schließlich, so genau als möglich, die Häufigkeit des Uteruskrebses bei an Fibromen leidenden Frauen einerseits und bei sonst normalen Frauen andererseits festzustellen.

Die Entwicklung eines Epithelioms in einem Fibrom ist sehr selten, aber doch möglich. Verf. war in der Lage, 45 derartige Fälle zu sammeln. Meist handelte es sich um Epitheliome sekundärer Natur, indem die Krebszellen von einem Karzinom aus der Nachbarschaft einwanderten, und zwar fast immer von einem Karzinom der Uterusschleimhaut, ausnahmsweise von einem karzinomatösen Ovarium. Schließlich kann das Fibrom auch einmal der Sitz von Metastasen einer entfernter liegenden, malignen Neubildung werden.

Die primäre Entstehung eines Karzinoms auf dem Boden eines Fibromyoms wird zwar von einer großen Reihe von Autoren angezweifelt, scheint jedoch vorzukommen. 24 solche Beobachtungen lagen dem Verf. vor, von denen mehrere unanfechtbar sind. Man darf jedoch nicht an eine Umwandlung der fibromuskulären Elemente in Epithelzellen denken, sondern es ist anzunehmen, daß in gewissen Fällen das fibromyomatöse Gewebe Einschlüsse von epithelialen Elementen besitzt, welche karzinomatös entarten können. Insoweit es sich dabei um versprengte Gewebspartikel aus der Embryonalzeit handelt, steht die Frage noch offen, ob sie aus dem Wolff'schen Körper oder den Müller'schen Gängen stammen. Doch hat die Diskussion über diesen Gegenstand zu dem Ergebnis geführt, daß von der entzündeten Uterusschleimhaut Drüsen nach dem Fibrom zu proliferieren können und so den epithelialen Grundstock der malignen Degeneration bilden.

Das gleichzeitige Vorkommen von Fibrom und Korpuskarzinom ist ziemlich häufig. Im ganzen fanden sich 179 Fälle. Unter 1000 an Fibrom Leidenden konstatierte Verf. 15mal das Vorhandensein eines Krebses des Uteruskörpers, d. h. 8—9mal so häufig als bei sonst normalen Frauen. Besonders bei Nulliparen von 50—60 Jahren ist das Erscheinen des Korpuskarzinoms im Gefolge des Fibroms bemerkenswert. Die Prädisposition zur malignen Erkrankung scheint durch die aus dem Myom resultierende, chronische Metritis geschaffen.

Wechselseitige Beziehungen zwischen Fibrom und Collumkarzinom sind weniger ausgeprägt, dennoch ist als sicher zu bezeichnen, daß der Krebs der Portio bei Fibromatösen häufiger beobachtet wird als bei anderen Frauen. Die 45—50jährigen multiparen Fibromatösen sind besonders disponiert zur Erkrankung an Collumkrebs. Das Fibrom scheint auch im Bereiche der Portio solche Ernährungsstörungen zu bewirken, die einen günstigen Boden für die maligne Neubildung darstellen.

Es ist also tatsächlich für die Behandlung der Myome der Grundsatz der sofortigen operativen Entfernung aufzustellen. Auch wenig belästigende Tumoren bei Frauen, die sich der Menopause nähern, sind von diesem Gesichtspunkt aus zu betrachten.

Frickhinger (München).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 50. Sonnabend, den 15. Dezember. 1906.

Inhalt.

I.

(Aus der Klinik der k. k. Hebammenschule des Prof. Dr. Adam Czyżewicz in Lemberg.)

Ein seltener Fall von Eileiterschwangerschaft.

Von

Dr. Adam Czyżewicz junior,

Assistent der Schule.

Es wird allgemein behauptet, daß eine Eileiterschwangerschaft schon im frühen Alter unterbrochen wird, da die Dehnungsfähigkeit der Tubenwand beschränkt ist und es schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft entweder zu einem Tubenabort oder zur Einreißung des Eileiters mit folgendem Austritte des Eies in die Bauchhöhle kommt. Ebenso ist es bekannt, daß ein in der Bauchhöhle liegendes Ei wie auch Blutgerinnsel, welche sich daselbst ansammeln, Reizerscheinungen hervorrufen, die eine beschränkte Peritonitis zur

Folge haben, was zahlreiche Verwachsungen bedingt. Ja, auch in Fällen, wo es zu keiner Ruptur kommt, wie z. B. bei bestehender Graviditas ovarica, wo das Ei sich in der Bauchhöhle frei entwickeln kann, sind zahlreiche Adhäsionen die Regel. Es können aber Ausnahmen von dieser Regel bestehen, und gerade so eine habe ich in letzter Zeit beobachtet.

Pat., 21 Jahre alt, aufgenommen 20. April 1906, in der Kindheit nie krank gewesen. Erste Periode im 15. Jahre, dann stets regelmäßig, ohne Schmerzen. Seit 4 Jahren verheiratet. Letzte Periode Mitte April. Von jetzt an Nausea, Erbrechen, Größerwerden der Brüste und des Leibesumfanges. Im September 1905 Kindesbewegungen. Es traten Komplikationen ein. Anfang Dezember glitt Pat. aus und fiel heftig. Außer zahlreichen Kontusionen der rechten Seite, vorwiegend des Brustkorbes, schien der Unfall zunächst keine üblen Folgen zu haben. Eine Woche später hörten die Bewegungen des Kindes auf. Der Leib vergrößerte sich nicht weiter, blieb aber so groß und so prall gespannt wie früher. Allgemeinbefinden dauernd vortrefflich. Ende Februar 1906 plötzlich eine mäßig starke Blutung aus den Geschlechtsteilen, die 3 Wochen lang andauert. Gleichzeitig Schmerzen im Kreuz und im Leibe, der von jetzt an immer kleiner wurde.

Pat. mäßig groß, schwach gebaut und schlecht ernährt, etwas anämisch. Temperatur 38° C, Puls 108. In den Brüsten Kollostrum. In der rechten Lungenspitze gedämpfter Perkussionsschall. Herz, Leber und Milz lassen keine pathologischen Veränderungen nachweisen.

Bauch prall gespannt, gleichmäßig über wie unter dem Nabel vorgewölbt, nicht schmerzhaft. Die Vorwölbung ist durch einen Tumor bedingt, welcher, vom kleinen Becken sich emporhebend, glatt, hart, fast unbeweglich, bis etwa drei Querfinger unterhalb des Schwertfortsatzes reicht. Konsistenz überall gleichmäßig, keine kindlichen Teile oder Kontraktionen. Innere Untersuchung ergibt mäßig lange Scheide, kleinen Scheidenteil mit virginellem Muttermunde. Rechts liegt der Gebärmutter der oben beschriebene Bauchtumor an, mit ihr in innigem Zusammenhange, links sind keine Adnexe zu palpieren wegen Spannung der Bauchdecken und Anpressen des Uterus an die linke Beckenwand.

Eine Sondierung des Uterus stellt die Länge seiner Höhle auf 9 cm fest. Die Differentialdiagnose schwankte zwischen Ovarialkystom, Uterusmyom und Graviditas extra-uterina. Für das erste sprach die Lage zur Seite der Gebärmutter und die Größe, für das zweite die glatte Oberfläche und Härte des Tumors, für das dritte endlich die auffallend genaue (bei einer Nullipara) Anamnese. Gegen das letzte sprach das Fehlen von Kindesteilen und Herztönen des Kindes, die derbe Konsistenz und Fehlen von regelmäßig wiederkehrenden Blutungen, die ein wichtiges Erkennungszeichen der Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter bilden. Auch das Fehlen irgendwelcher Reizerscheinungen von seiten des Peritoneums schien dagegen zu sprechen, obwohl wir schon in unserer Anstalt früher die Beobachtung gemacht haben, daß solche lokalisierte Peritonitiden manchmal subjektiv ganz symptomlos verlaufen.

Es war nicht möglich, zu einer sicheren Diagnose zu gelangen, da aber ein Tumor vorlag, der so wie so zur Laparotomie eine dringende Indikation abgab, wurde die Operation beschlossen.

Am 27. April 1906 habe ich den Bauch in Chloroformnarkose und Hängelage, mit einem Schnitt in der Linea alba geöffnet. Dicht hinter den Bauchdecken war der Tumor gelegen. Von glatter Oberfläche, nirgends mit der Umgebung verwachsen, machte er den Eindruck eines einzelnen, riesigen Myoms. Links, vor ihm, fest an die Bauchdecken und die Beckenwand gepreßt war die Gebärmutter, auffallend klein, aber in die Länge gezogen, zu finden.

Der Tumor wurde nun leicht vor die Bauchdecken gewälzt, und erst jetzt konnte man genau seinen Zusammenhang mit den Genitalien feststellen. Zunächst also war zur rechten, der Höhe der Linea innominata entsprechend, ein normal

ausgebildetes Ovarium zu finden, dessen Lig. infundibulo-pelvicum gegen die Beckenwand zog und das Lig. ovarii proprium mit dem Tumor verwachsen war. Vor ihm liegend die Tube, etwa 8—10 cm lang, vollkommen normal, mit erhaltenem abdominellen Ostium und Fimbrien; sie ging an den Tumor heran und kam mit ihm in einen derartigen Zusammenhang, daß ihr weiterer Verlauf nicht zu finden war.

An der linken Seite des Tumors ein etwa 1—1$^{1}/_{2}$ cm langer Strang, welcher, in der Gegend des rechten Uteruswinkels inserierend, dem proximalen Tubenende entsprach. Das rechte Lig. rotundum ging direkt an das rechte Uterushorn, die linken Adnexe wiesen nichts Pathologisches auf.

Der Tumor selbst war oben, an einer etwa pfenniggroßen Stelle perforiert, und hier war ein Bündel schwarzer Haare zu finden. Auf diesen Befund gestützt, eine Dermoidcyste hoffend, ließ ich nun die weitere Untersuchung fallen, ligierte einerseits das Lig. infundibulo-pelvicum dextra, andererseits den Ansatz am Uterushorn, und entfernte den ganzen Tumor nach Durchtrennung der entsprechenden Partie des breiten Mutterbandes. Nun folgte eine fortlaufende Naht der Wunde im Lig. latum mit Catgut, und der Bauch wurde mit einer fortlaufenden Catgutnaht des Peritoneums, fünf Catgutmuskelknopfnähten, einer fortlaufenden Catgutnaht der Bauchfascie und einer Reihe von Hautsilkwormknopfnähten geschlossen.

Vioform auf die Wunde gestreut, Vioformgaze darauf gelegt und ein Verband, mit Zinkpaste und Heftpflastern festgehalten, beendeten den Eingriff.

Die Operation dauerte 39 Minuten.

Chloroform wurden 40 g verbraucht.

Das Befinden der Pat. nach der Operation war vortrefflich. Kein Erbrechen, keine Schmerzen, am nächsten Tage spontanes Urinieren, am dritten Stuhl nach Glyzerineinlauf. Am 12. Tage nach der Laparotomie wurden die Nähte entfernt und die Wunde per primam geheilt gefunden. Von nun an erholte sich Pat. sehr schnell, so daß sie schon am 22. Mai 1906 als gesund entlassen wurde.

Eine Inspektion des Präparates, gleich nach der Operation vorgenommen, ergab einen seltenen Befund. Nach Aufschneiden seiner vorderen Wand war darin eine teilweise mazerierte Frucht zu finden, nach ihrer Ausbildung etwa 9 Monaten entsprechend, welche mit dem Kopfe fest oben an die Öffnung im Sacke angepreßt, in normaler Haltung gelegen war.

Ihre Maße waren: Gewicht 2200 g, Länge 48 cm, Kopfumfang 32 cm, Schulterumfang 32 cm, D. fronto-occip. 11 cm, D. mento-occip. 12$^{1}/_{2}$ cm, D. suboccip.-bregii 9 cm, D. bipariet. 7$^{1}/_{2}$ cm, D. bitemp. 6$^{1}/_{2}$ cm.

Die Nabelschnur, gänzlich mazeriert, war nur als ein etwa 2—3 cm langer Strang vom Nabel an zu verfolgen. Hier war sie wie abgerissen. Und wieder am Fruchtkuchen war so ein kleiner Nabelschnurrest zu finden. Das Mittelstück zwischen den beiden Ansätzen war ganz der Mazeration verfallen.

Von Fruchtwasser nichts zu bemerken. Die Frucht war nur mit einer dünnen Schicht einer bräunlichen, nicht riechenden, zähen Flüssigkeit bedeckt und lag überall fest der Wand des Sackes an.

Nach Entfernen der Frucht konnte man nun auch den Sack von innen inspizieren. Er war gleichmäßig ausgedehnt, überall mit Eihäuten bedeckt und etwa in seiner Hälfte von einer gedrückten, flachen Placenta eingenommen. Seine Wand, gleichmäßig $^{3}/_{4}$—1 cm dick, ließ leicht eine Struktur beobachten, wie sie am graviden Uterus durch Ruge beschrieben wurde. So wie dort, war auch hier ein blätteriger Bau zu finden, so daß es einen Eindruck machte, wie wenn die Wand von einer großen Menge Schichten, nebeneinander gereiht, bestehen möchte. Auch die für einen graviden Uterus charakteristischen rhomboiden Zwischenräume ließen sich leicht auffinden. In toto von gleichmäßiger Dicke, war die Wand doch oben verdünnt, und zwar so, daß diese Verdünnung, immer größer werdend, bald zur Perforationsöffnung mit zackigen Rändern führte. Ein Blick darauf erlaubte zu behaupten, daß es sich hier um keinen Einriß, sondern vielmehr um eine Usur, wahrscheinlich durch Druck handeln mußte.

Die Einmündung der Tube war zu beiden Seiten des Sackes, an der Außen-

wand leicht zu bemerken. Beiderseits sah man, daß der Eileiter direkt in die Sackwand übergeht, daß es sich also um eine Ausdehnung des Mittelstückes der Tube, nicht um eine Gravidität außerhalb derselben handelt. An der Innenfläche, nach Loslösung der Eihäute konnte man dagegen die Öffnung der Tube nicht finden; es bestand sogar keine Andeutung, wo sie liegen könnte; die Wand war hier glatt, makroskopisch strukturlos. Eine Sondierung der Tube brachte auch keine nähere Aufklärung. Der mediale Teil war überhaupt nicht durchgängig, der laterale an einer Strecke von etwa 5 cm vom Ostium abdominale gerechnet, zwar unverändert, weiter aber für die Sonde auch nicht passierbar.

Mikroskopisch war es festzustellen, daß die Sackwand aus lamellär aneinander gereihten Schichten von Bindegewebe und glatten Muskeln besteht. Eine Trennung dieser beiden voneinander war nicht durchzuführen. An der Innenwand eine angedeutete Decidua und Eihäute direkt anliegend.

Die Untersuchung des Endteiles der rechten Tube ergab normalen Befund, die des näher dem Tumor gelegenen Teiles eine Obliteration des Lumens, aber keine frischen entzündlichen Vorgänge.

Beim Besprechen des oben beschriebenen Falles wäre zunächst die Frage zu erörtern, wo die Schwangerschaft gelegen und sich entwickelt hat.

Zu dem Zwecke muß ich mich auf die anatomische Beobachtung stützen. Eine Graviditas ovarica und tubo-ovarialis ist von vornherein auszuschließen, weil ja Ovarium und das Fimbrienende, vollkommen normal, zur Seite des Tumors lagen. Zwischen Graviditas tubaria und einer Schwangerschaft im verkümmerten rechten Uterushorn, entscheidet die Tatsache, daß das Lig. rotundum dextrum medial vom Tumor, normal an der Uterusecke inseriert, gelegen war. Es war somit die Schwangerschaft in einem Teile zwischen rechtem Cornu uteri und dem rechten Ostium abdominale tubae entwickelt. Wenn man nun noch betont, daß die Tube beiderseits in den Tumor direkt übergeht, so ist, glaube ich, obwohl man keine Sonde durchführen kann, eine reine Graviditas tubaria bewiesen, und zwar in dem medialen Tubenteile, welcher dem Isthmus entspricht.

Als zweites ist aufzuklären, warum es in meinem Falle ganz atypisch, zu keiner Tubenruptur oder Tubenabort gekommen, und warum sich keine peritonitischen Verwachsungen gebildet haben. Die Ursache liegt einerseits in der ungewöhnlichen Hypertrophie der Tubenwand, die, so stark ausgedehnt, doch ca. 1 cm dick war, andererseits in einer Obliteration des Lumens des Eileiters medial und lateralwärts, wahrscheinlich in sehr frühem Schwangerschaftsalter entstanden, wofür auch die mikroskopische Untersuchung, welche das Fehlen frischer Entzündungsvorgänge feststellt, spricht. Warum es aber zu einer so bedeutenden Verdickung der Tubenwände gekommen, kann nicht sicher entschieden werden. Eine Aufklärung wäre vielleicht in der Anamnese zu suchen, die keinen einzigen Stützpunkt zur Annahme der häufigsten Ursache der Extra-uterin-Schwangerschaft, nämlich der Gonorrhöe, gibt. Es ist wohl möglich, daß Organe, die vollkommen gesund sind, auf diese Weise hypertrophieren können, daß also die Ursache von Rupturen der Tube nicht im Wachstum des Eies, nur in Veränderungen auf Grund entzündlicher Vorgänge, zu suchen wäre.

Vielleicht macht so ein Prozeß nicht nur die Organe unfähig zu einer ausgiebigen Hypertrophie, sondern auch brüchig und mürbe, wie das an Gebärmüttern im Laufe einer Metritis als Regel gilt. In einem Falle aber, wo die Schädlichkeiten fehlen, ist theoretisch nichts gegen eine Hypertrophie, wie in meinem Falle, einzuwenden.

Von diesem Standpunkt aus sollte eigentlich mein Fall als Regel gelten, und ein anderer Verlauf als Ausnahme. Wenn man aber berechnet, daß bei weitem die häufigste Ursache der Extra-uterin-Schwangerschaften in entzündlichen Prozessen der Tube auf Grund gonorrhoischer Infektion liegt, so muß man das Nichtzusammenkommen dieser beiden Tatsachen als große Rarität bezeichnen. Für Tubenschwangerschaften nach gonorrhoischen Prozessen ist der gewöhnliche Verlauf die Regel, bei Ausnahmen, wo eine solche Gravidität nicht an Entzündungsprozessen hängt, wäre, glaube ich, mein Fall typisch.

Da man nun in meinem Falle die Gonorrhöe als ursächliches Moment ausschließen kann, muß man die Obliteration der Tube beiderseits neben dem Tumor als Folge einer Zerrung ansehen und für sie rein mechanische Gründe suchen.

Auf dem Fehlen jeglicher Infektion ist auch die Widerstandsfähigkeit des Bauchfelles gegen Entzündungsprozesse zu basieren. Es ist allgemein bekannt, daß absolut nicht infizierte Blutergüsse im Cavum peritonei spur- und reaktionslos verschwinden können; mein Fall liefert einen glänzenden Beweis, daß dieselbe Regel auch für Fruchtwasser und Mazerationsprodukte gilt, die sich doch hier sicher in die freie Bauchhöhle ergossen haben. Nicht also in Blutergüssen nach Tubenruptur wäre die Ursache zahlreicher Verwachsungen zu suchen, sondern in einer Infektion der Hämatokele mit Bakterien, welche, schon früher bestehend, auch indirekt die Ursache zur Graviditas extra-uterina abgegeben haben. Irgendein Erguß ins Cavum peritonei, der steril bleibt, kann, vom theoretischen Standpunkt aus, resorbiert werden und keinerlei Folgen nach sich ziehen. Daß dies auch praktisch vorkommen kann, beweist mein Fall, obwohl seine Sterilität auch nur wahrscheinlich ist. Wo ist nun aber die Ursache der Tubenschwangerschaft bei meiner Pat. zu suchen. Nach Ausschließen jeglicher entzündlicher Vorgänge, welche eine Obliteration der Tube, oder mindestens ihre Verengung zur Folge haben könnten, bleiben nur zwei Momente bestehen. Entweder war es eine Verengung des Eileiters, und zwar seines Isthmus, oder ein zu rasches Wachsen des Fruchteies auf dem Wege zwischen Eierstock und Uterus. Es ist möglich, daß eine Verengung, oder sogar Verwachsung des rechten Tubenisthmus angeboren war, daß es zu einer Befruchtung durch die linke Tube gekommen und das Ei dann bis an die verengte Stelle gelangte — es ist aber schwer anzunehmen, daß ein angeborener Fehler den Tubenisthmus befallen und die Ampulle ganz außer acht lassen konnte. Wäre die Verkümmerung angeboren, so wäre eher die ganze Tube rudimentär geblieben und eine Schwangerschaft darin überhaupt nicht möglich. Andererseits ist es bekannt, daß das menschliche Ei oft

am Eierstock, gleich nach Eröffnung des Graaf'schen Follikels, befruchtet wird, und als solches, schon wachsend, den Weg durch die Tube macht. Es wäre nun nicht als unmöglich anzunehmen, daß bei schnellerem Wachsen des Eies, wie dies gewöhnlich der Fall ist, der Tubenisthmus verhältnismäßig zu eng werden kann. Wenn nun nebenbei z. B. eine Hypoplasie der Tube besteht, so kommt das Ei durch die Ampulle noch durch, bleibt aber im Isthmus stecken. Es ist natürlich nur eine theoretische Erwägung, die nicht bewiesen werden kann, hat aber in meinem Falle die Tatsache für sich, daß die Pat. 4 Jahre steril war, und daß der Uterus klein gefunden wurde, obwohl dies auch als puerperale Involution gedeutet werden kann. Es ist also möglich, hier eine Hypoplasie der rechten Adnexe, wenn nicht der ganzen Geschlechtsteile anzunehmen und die Entstehung der Schwangerschaft im Eileiter so zu deuten, daß es zur Befruchtung am Eierstock oder im lateralen Tubenende gekommen war und das, den Adnexen nicht entsprechend wachsende Ei, zwar die Ampulle passieren konnte, im Isthmus aber einen unüberwindlichen Widerstand fand. Es ist, wiederhole ich, eine Hypothese, aber eine, die zu dem Falle genau paßt und nicht unwahrscheinlich erscheint.

Die Öffnung im Schwangerschaftssacke ist nur als Druckperforation anzusehen. Die progrediente Verdünnung der Wand bis an die Öffnung heran spricht dafür fast sicher und erinnert lebhaft an Usuren, durch Aortenaneurysma verursacht. Man muß allerdings annehmen, daß von vornherein wenig oder fast kein Fruchtwasser bestand.

Die Lokalisation der Usur findet ihre Aufklärung einerseits darin, daß der Fruchtsack von unten und von den Seiten durch Adnexe und Ligamente geschützt war, von oben dagegen dieser Schutz fehlte, andererseits darin, daß gerade hier der kindliche Kopf, also ein harter Teil, lag, der durch langen Druck eine mangelhafte Ernährung der betreffenden Stelle, vielleicht auch ihre Nekrose, herbeiführen konnte. Was die Zeit der Entstehung der Usur anbetrifft, so kann absolut nichts gesagt werden.

Der Zeitpunkt des Absterbens der Frucht ist anamnestisch ganz strikte angegeben, wenn man als Zeichen das Fehlen der Kindesbewegung annehmen will. Auch die Entwicklung der Frucht spricht für sein Absterben im Alter, wie es die Anamnese angibt. Es wäre also daran der Unfall zu beschuldigen, welchem Pat. erlag, und bei Annahme von wenig Fruchtwasser, welches das Kind vor äußeren Schädlichkeiten zu schützen geschaffen ist, ist dies auch wohl anzunehmen. Das spärliche Fruchtwasser könnte auch erklären, daß es nicht gleich zur Mazeration gekommen, daß der Prozeß langsam vorgeschritten und erst viel später eine Verkleinerung des Leibes zur Folge gehabt hat.

Die auffallend kleine Gebärmutter kann verschieden gedeutet werden. Entweder ist es eine angeborene Hypoplasie, was dem obengesagten entsprechend, wohl möglich wäre, oder ein weit vorgeschrittener Involution

lutionsprozeß nach Absterben der Frucht. Das Mißverhältnis zwischen Kleinheit des Uterus und Länge seiner Höhle (9 cm) beruht auf einem Ausziehen in die Länge infolge Zerrung seitens des Tumors und Druck gegen die Bauchdecken.

Es bleibt nur noch ein Symptom, welches eine Ausnahme vom Typus der Extra-uterin-Schwangerschaft bildet, das ist das Fehlen von uterinen Blutungen, und das Zustandekommen der einen einzigen Blutung am Ende der Krankheit. Ob dies auf einem Nichtbilden der Uterusdecidua, einer mangelhaften Entwicklung derselben, oder auf anderen Gründen beruht, kann nicht entschieden werden, da ja der Uterus nicht untersucht werden konnte. Jedenfalls ist das wieder eine Ausnahme in dem Symptomenkomplex einer Graviditas extrauterina, wie überhaupt der ganze Fall fast aus lauter Ausnahmen und Regelwidrigkeiten besteht.

II.

Das kraniale Ende des Müller'schen Ganges. Eine Fortsetzung der Fimbria ovarica als Kanal im Hilus ovarii.

Von

Prof. **J. Kocks** in Bonn.

Gelegentlich einer Rezension der Untersuchungen Rieländer's über das Paroophoron, welche ich auf Ersuchen der Redaktion der Deutschen Literaturzeitung unternahm, wurde ich an meine gleichartigen Untersuchungen über die Uterusadnexe der Fischotter erinnert, bei welcher der Eierstock bekanntlich in einer vollkommen geschlossenen bindewebigen Kapsel liegt, in welche die Tuben endigen und die Fimbrien frei hineinragen bis auf die Fimbria ovarica, welche auch hier mit dem lateralen Ende des Hilus ovarii zusammenhängt. In einem meiner Präparate, das ich in eine lange Schnittserie zerlegte, fand sich die merkwürdige Tatsache, daß die Rinne der Fimbria ovarica sich in einen mit demselben zylindrischen Flimmerepithel ausgekleideten Kanal fortsetzte, der weit in den Hilus des Ovars hineinragte und den ich für das kraniale Ende des **Müller**schen Ganges halten muß. Aus der soeben erwähnten Arbeit Rieländer's geht hervor, daß der Gartner'sche (Wolf'sche) Gang bis zum Epoophoron als Rudiment nachgewiesen werden konnte, das Epoophoron aber nicht selten mit dem Rete ovarii zu kommunizieren pflegt. Da sich in meinem Präparate von der Fischotter (Lutra vulgaris) der ebenerwähnte Kanal im Hilus nun ebenfalls bis zum Rete ovarii hinein fortsetzt, so wäre damit der Parallelismus des **Müller**'schen mit dem **Wolf**'schen (**Gartner**'schen) **Gang** auch als Rudiment bis zu ihren proximalen Enden durch die Präparate Rieländer's und durch das von mir beschriebene nachgewiesen,

ein Parallelismus, den man ja nach der Entwicklungsgeschichte der weiblichen und männlichen inneren Generationsorgane erwarten mußte, wenn auch dieser Nachweis aus den Rudimenten, den embryonalen Resten, bis dahin noch nicht geliefert werden konnte, und man mit Kobelt bisher die gestielte Hydatide am Tubenende für das kraniale Endrudiment des Müller'schen Ganges gehalten hat.

Eine offene Verbindung des Hiluskanals, der also aus der Fimbria ovarica hervorgeht, mit dem Rete ovarii konnte ich nicht nachweisen, und ebenso fehlten mir Anhaltspunkte für die Annahme, daß derselbe etwa mit Marksträngen in Verbindung gestanden hätte.

Es sei mir gestattet, bei dieser Gelegenheit nochmals auf die von Skene und, unabhängig von ihm, von mir neben der Urethra entdeckten Kanäle hinzuweisen, die, wie ich auch heute noch der Überzeugung bin, die Reste des **Wolf**'schen (**Gartner**'schen) Ganges bei Frauen darstellen. Wir hätten also heute bei beiden Geschlechtern, wie zu erwarten war, die proximalen und distalen Rudimente aus der Zwitterperiode der Embryonen aufgefunden, wenn sie auch, wie ebenfalls Rieländer fand und zu erwarten stand, in den einzelnen Individuen sehr verschieden entwickelt oder ganz und gar nicht mehr nachzuweisen sind.

Daß der Skene'sche Kanal keine einfache Krypte der Schleimhaut sei, geht schon daraus hervor, daß ich in einem Falle den Kanal sich in die Scheide öffnen sah, so daß die Sonde, die ich neben der Urethra, also von dem Vestibulum aus, einführte, in der Scheide wieder zum Vorschein kam. Wie könnte das für eine Krypte stimmen? Daß hinwiederum das distale Ende des Wolf'schen Ganges bei Frauen von Krypten umgeben sein muß, ist für jeden Fachmann ganz selbstverständlich, da er weiß, daß die Krypten die Homologa der Prostatabuchten beim Manne sind, wo auch die Wolf'schen Gänge als Capita galinaginum rechts und links vom Uterus masculinus, den Müller'schen Gängen, münden.

Es geht aus dem vorher Gesagten also hervor, daß die gestielte Hydatide nicht, wie man mit Kobelt allgemein annahm, das proximale Ende des Müller'schen Ganges bildet, also auch nicht mehr als das Homologon der ungestielten Morgagni'schen Hydatide des Hodens betrachtet werden kann.

Dort wo der von mir an dem Präparate der Lutra vulgaris nachgewiesene Hiluskanal des Ovars fehlt, ist eben die Fimbria ovarica selbst das noch erhaltene proximale Ende des Müller'schen Ganges.

Es würde sich daher sehr lohnen, einmal bei einer größeren Anzahl von Ovarien, die Embryonen oder jungen Tieren und Menschen entnommen wurden, zu untersuchen, ob und wie weit die Fimbria ovarica, die stets am lateralen Ende des Hilus ovarii mündet, in diesen hinein als Kanal verfolgt werden kann.

Hoffentlich wird es gelingen, des öfteren meine an der Fischotter gemachte Beobachtung zu bestätigen.

Es sei hier noch bemerkt, daß es nicht auf die Beschaffenheit des

Epithels bei der Differentialdiagnose zwischen Krypten und Enden des Wolf'schen Ganges (Gartner'schen Gängen) ankommt. Daß bei der exponierten Lage der Skene'schen Kanäle deren Epithel sich abflachen muß, ist selbstverständlich. Auch der Müller'sche Gang weist an seinem kaudalen Ende bekanntlich abgeflachtes oder Pflasterepithel auf. Die Lage der Kanäle, ihre Länge, das Aufgehen in die Scheide, Verschmelzen mit dem Müller'schen Gang also, ist hier maßgebend.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris.

Paris, G. Steinheil, 1906.

Sitzung vom 2. April 1906.

1) Richelot: Über einen Fall von Metritis cervicalis.

R. bricht noch einmal eine Lanze für die Behandlung der Metritis cervicalis mittels Kauterisation und bespricht ausführlich die Begleiterscheinungen dieser Erkrankung, die durch seine Therapie vollständig beseitigt würden.

Pinard bezweifelt sehr eine definitive Beseitigung aller Symptome auf dem angegebenen Wege. Nicht durch eine lokale Behandlung, sondern nur durch eine hygienisch-diätetische Therapie sei eine wirkliche Heilung zu erzielen.

Pozzi äußert sich in ähnlichem Sinne, während Monod seine Zustimmung zu den Ausführungen Richelot's ausspricht.

2) Potocki: Über Sectio caesarea wegen drohender Uterusruptur.

Wenn sich auch die Prognose der Uterusrupturen in den letzten Jahren erheblich gebessert hat, so gehen doch immer noch eine größere Reihe von Frauen an den Folgen derselben zugrunde. Es wäre deshalb im größten Maße wünschenswert, die prodromalen Symptome genauestens zu kennen bzw. bestimmt feststellen zu können, wann eine Uterusruptur unvermeidlich ist. Sind diese beiden Fragen gelöst, so erhebt sich die dritte: wie soll man sich angesichts der drohenden Gefahr verhalten? Verdächtige Symptome sind die bretharte Konsistenz und die spezifische Form des Uterus und vor allem ein deutliches Ödem des unteren Uterinsegments und eine auffallende Starrheit des ödematösen Collum.

In einem einschlägigen Falle, in dem dieser Symptomenkomplex vorhanden war, entschloß sich der Verf. zum Kaiserschnitt, der einen glücklichen Verlauf nahm. Der Verf. glaubt, daß, wenn er nicht eingegriffen hätte, er durch die erfolgte Ruptur doch später zur Laparotomie unter ungünstigen Verhältnissen gezwungen worden wäre und im besten Falle nur die Mutter gerettet hätte. Der Verf. hält deshalb sein Vorgehen für das gegebene und typische für alle ähnlich gelagerten Fälle.

Pinard schließt sich dieser Ansicht vollkommen an. Er warnt noch ausdrücklich davor, durch eine Symphyseotomie die Geburt zu beenden; er hat hierbei einmal einen unglücklichen Ausgang beobachtet.

Champetier de Ribes: Wir haben alle solche Fälle wie den von Potocki geschilderten erlebt und müssen nur bedauern, nicht ebenso vorgegangen zu sein wie dieser.

Sitzung vom 14. Mai 1906.

1) Lepage: Über die Unzuverlässigkeit der Curettage bei Placentarretention post abortum.

Die Ansichten über das zweckmäßigste Vorgehen bei fieberhafter Erkrankung infolge von Placentarretention gehen noch sehr auseinander. Die Gegner der Curette werfen dieser vor, sie sei ein gefährliches Instrument, mit dem man im Dunkeln

ein [illegible]
weib [illegible]
wen [illegible]
Res [illegible]
Ko [illegible]
End [illegible]

Fi [illegible]
nac [illegible]
daſ [illegible]

Sk [illegible]
dec [illegible]
zeu [illegible]
be [illegible]
sch [illegible]
me [illegible]
au [illegible]
ein [illegible]
nic [illegible]

ha [illegible]
si [illegible]
ne [illegible]
in [illegible]
für [illegible]
W [illegible]
ist [illegible]
Kr [illegible]
au [illegible]
vor [illegible]

Hy [illegible]
ma [illegible]
das [illegible]
bet [illegible]

nac [illegible]
sell [illegible]

zal [illegible]
ent [illegible]
ov [illegible]

[illegible] aus dem einen und
[illegible] anderen Uterus.
[illegible] Schwangerschaft in der einen Hälfte
[illegible] in der anderen Hälfte entwickelt, die
[illegible] ausgestoßen wird.
[illegible] die Ausstoßung bereits im fünften
[illegible] bis zum Ende der Schwangerschaft

entwickelte. Die Ausstoßung der Decidua erfolgte unter Wehen und Blutabgang, ohne daß die andere Uterushälfte in Mitleidenschaft gezogen wurde.

Pinard hat ähnliche Fälle beobachtet.

Sitzung vom 9. Juli 1906.

1) Lejars: Über die an der Vorderseite der Cervix sich entwickelnden Myome.

Nach L. kann man zwei Formen dieser Art von Myomen unterscheiden, nämlich erstens die großen gestielten Fibrome der Cervix und zweitens die breitbasig aufsitzenden. Während die ersteren der operativen Entfernung Schwierigkeiten in der Regel nicht bereiten, ist dies häufig bei der zweiten Art der Fall, besonders wenn die Tumoren, was häufig vorkommt, eine große Ausdehnung erreicht haben. Vor allem muß man sich vor einer Verletzung der Blase hüten und deshalb den Laparotomieschnitt möglichst hoch anlegen, um dann allmählich den Tumor von der Blase und den Ureteren freizupräparieren.

Routier und Monod empfehlen ebenfalls dieses Vorgehen, während Richelot hervorhebt, daß trotz aller Vorsicht eine Verletzung der Ureteren nicht stets zu vermeiden sei. Ihm sei diese dreimal vorgekommen.

Martin (Rouen) operiert bei sehr großen, ins Becken eingekeilten Tumoren in der Weise, daß er zunächst eine »Hemisectio« des Tumors vornimmt und dann diesen morzelliert — ein Verfahren, das auch von Faure angewendet und empfohlen wird.

2) Martin (Rouen): Über Stieldrehung einer rechtsseitigen Hydrosalpinx.

Bei einer Frau, die sich wegen Ausbleiben der Regel, Vergrößerung des Leibesumfanges, Auftreten von Übelkeit und Erbrechen für schwanger hält, stellt der Verf. das Vorhandensein eines Adnextumors mit Stieldrehung fest. Durch die glatt verlaufene Operation wird eine im Douglas gelegene, stielgedrehte Hydrosalpinx entfernt.

Außer diesem Falle konnte M. nur 19 analoge Beobachtungen in der Literatur auffinden.

Lejars glaubt, daß derartige Fälle viel häufiger vorkommen. Er selber habe 5 oder 6 operiert.

Mauclaire und Siredy haben gefunden, daß die Affektion auffallend wenig subjektive Erscheinungen zu machen braucht.

Monod hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von doppelseitigen, intraligamentär entwickelter Hydrosalpinx zu operieren.

Faure glaubt, daß die Tumoren nur scheinbar intraligamentär, in Wahrheit aber hinter dem Ligamentum latum sitzen.

Richelot bemerkt demgegenüber, daß man nach dem Sitz zwei Formen von Hydrosalpinx unterscheiden könne. Entweder entwickelt der Tumor sich frei in der Bauchhöhle oder er wird von dem Ligamentum latum umschlossen und kann dann nur nach Spaltung desselben entfernt werden.

3) Routier: Über fieberhafte Erkrankungen im Wochenbett nicht puerperalen Ursprunges.

Im Anschluß an die Mitteilung Oui's in der letzten Sitzung über Appendicitis im Wochenbett berichtet der Verf. über zwei analoge Beobachtungen, bei denen durch die sofortige Operation Heilung erzielt worden war.

4) Audebert: Über den Symptomenkomplex des Morbus Basedowi als eine Äußerung einer Schwangerschaftsintoxikation.

.. bespricht zunächst die modernen Anschauungen, die alle Erscheinungen der ität, von der leichten Magenverstimmung bis zur Eklampsie, die seelischen mmungen, die Reizbarkeit u. a. m. als Folgen einer einheitlichen Ursache, ch einer Intoxikation infolge von Leberinsuffizienz aufgefaßt wissen wollen. hildert dann ausführlich einen Fall, bei dem in der Schwangerschaft die kteristischen Symptome des Basedow auftraten, um bald nach erfolgter Ge- vollkommen wieder zu verschwinden. Der Verf. ist nun der Ansicht - vor allem wegen des schnellen Rückganges aller Erscheinungen —,

sich hier auch um die Folgen einer Autointoxikation gehandelt habe. Er stellt den Fall in Parallele mit einigen Beobachtungen aus der Literatur, wo im Anschluß an eine Erkrankung der Leber, an eine luetische Infektion, einen Typhus, eine Metritis, eine Blennorrhagie oder eine Influenza der typische Symptomenkomplex des Basedow auftrat — also als Folge einer Infektion bzw. Intoxikation mannigfachster Natur.

5) Audebert und Gilles: Über Varicenentzündung und Embolie in der Schwangerschaft.

Die Verff. schildern ausführlich einen Fall, in dem es zweimal während der Gravidität im Anschluß an eine schwere Varicenentzündung zu einer lebensgefährlichen Embolie gekommen war. Derartige Fälle sind nur ganz vereinzelt in der Literatur berichtet. In einem von diesen hatte eine Lungenembolie zum Tode geführt.

6) Oui (Lille): Morcellement und Enukleation großer interstitieller Myome des Corpus und Collum uteri.

Es handelte sich um eine Tumormasse, die fast bis zum Nabel reichte, und die unter vollständiger Erhaltung des Uterus durch Morcellement und Enukleation auf vaginalem Wege entfernt werden konnte.

Engelmann jun. (Dortmund).

Neueste Literatur.

2) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXIV. Hft. 3.

1) L. Stolper (Wien). Zur Physiologie und Pathologie der Placentation.

Verf. beschreibt zuerst ein Abortivei, das von einer 33jährigen, bisher stets gesunden Frau stammt und der Größe nach höchstens eine Woche alt sein kann. Die Decidua ist völlig in Compacta und Spongiosa geschieden. Hin und wieder findet man in ersterer größere und kleinere, mit Endothel ausgekleidete Räume, die teilweise Blut enthalten. Die Spongiosa ist auffallend breit. Das zwischen den Drüsen gelegene Gewebe zeigt nur teilweise deciduale Umwandlung, teilweis hat es noch völlig bindegewebigen Charakter. In der Umgebung des Eibettes ist im Gegensatz zu der übrigen Decidua das Massenverhältnis zwischen Compacta und Spongiosa umgekehrt. Die Compacta beherbergt das Ei und ist relativ breit, während die Spongiosa ganz schmal ist. In Wirklichkeit kann diese Decidua nun nicht einer Gravidität von einer Woche entsprechen. Verf. glaubt vielmehr durch Vergleich mit anderen Fällen von junger Gravidität, daß es sich hier um eine Decidua aus ungefähr der dritten Woche handelt. Die obenerwähnten, mit Blut erfüllten Hohlräume finden sich zu 2—3 in jedem Querschnitt des Eies. Sie kommunizieren miteinander und umgeben zirkulär das Eibett. Von der Peripherie her münden radiär bald engere, bald weitere, nur mit Endothel bekleidete Gefäße hinein. Ebensolche Blutbahnen stellen die Verbindung zwischen den Bluträumen und dem Eibett her. Ein solches Verhalten der Gefäße ist bisher noch nicht beschrieben worden. Der Zweck desselben ist wohl eine Herabsetzung des Blutdruckes, um eine Lösung des Eies durch zu hohen Blutdruck zu verhindern. An manchen Stellen liegen diese Bluträume dem Eibette nun so nahe an, daß es zu einer direkten Kommunikation mit demselben kommt. Diesem Vorgange geht eine Zerstörung des mütterlichen Gewebes durch fötale Elemente voraus, so daß schließlich der Blutraum einen Teil des Eibettes bildet. Hieraus schließt Verf., daß diese Bluträume, etwa nach Schluß der Eikapsel, berufen sind, das Eibett zu vergrößern und dem Wachstum des Eies Spielraum zu verschaffen. Die Stelle, wo das Ei eingebettet ist, erhebt sich nicht über die Schleimhautoberfläche, so daß das Ei gleichsam in der Schleimhaut spurlos verschwunden erscheint. Dieses Verhalten ist nur erklärlich, wenn man annimmt, daß dasselbe subepithelial ein-

gebettet wird. Sodann geht Verf. auf Schilderung des schon von Peters an seinem Ei beschriebenen »Gewebspilz« ein und bespricht sodann die Umlagerungszone. Auffallend an dem Präparate war ferner eine enorme Wucherung des Ektoderms und die Einwanderung ektodermaler Elemente in die Gefäße in so frühem Entwicklungsstadium des Eies. Verf. glaubt, daß dieses pathologische Verhalten die Frage auftauchen läßt, ob sich auf dieser Basis nicht ein Chorioepitheliom entwickeln kann. Außerdem konnte Verf. feststellen, daß nach dem Tode der Frucht die Eihäute noch weiter gewachsen waren, und es erst 2 Wochen nach der ersten Blutung zum eigentlichen Abort gekommen war.

2) W. Rühl (Dillenburg). Über Gefahren der Pubiotomie und Vorschläge zu deren Verhütung.

Verf. berichtet zuerst über einen Fall von Pubiotomie. Es handelte sich um ein allgemein verengtes, plattes Becken mit einer Vera von 6,5 cm. Die Säge wurde mit der Döderlein'schen Nadel um den Knochen herumgeführt, und das Kind nach der Durchsägung des Knochens mit der Zange entwickelt. Die beiden Knochenenden klafften hierbei um ca. 5 cm. Nach der Geburt des Kindes zeigte es sich, daß ein großer Dammriß entstanden und die vordere Scheidenwand und die Harnblase zerrissen waren, so daß die Blaseninnenwand wie ein aufgeklapptes Buch vor dem Operateur lag. In die große Scheidenwunde ragten die freien Knochenenden hinein. Verf. vernähte zuerst die Blase, dann die Scheidenwunde und schließlich den kompletten Dammriß, so gut als es in einer Bauernstube möglich war. Hierauf drainierte er durch einen, zwischen Scheidenwand und absteigendem Schambeinast von außen eingeführten Jodoformgazestreifen. Die Pat. gesundete bis auf eine Scheidenfistel und eine Paralyse der Harnröhre.

Im Anschluß an diesen Fall verwirft Verf. die Pubiotomie für den praktischen Arzt. Auf Grund seiner Erfahrungen und späteren Versuche an der Leiche glaubt Verf., daß Läsionen der Blase auf vier verschiedene Weisen entstehen können. 1) Durch direkte Verletzung derselben mit der Nadel bei Umführung dieser um das Schambein. Zur Vermeidung dieser Gefahr rät Verf., daß man bei Einführung der Nadel möglichst vorsichtig und präparatorisch vorgeht, indem man am besten einen kleinen Einschnitt auf dem oberen Rande des horizontalen Schambeinastes macht, die Weichteile stumpf lospräpariert und nun vorsichtig die Döderlein'sche Nadel herumführt. 2) Können Verletzungen der Blase durch abnorm feste Verwachsungen mit der zerreißenden Scheidenwand entstehen. Ist letztere nun sehr unnachgiebig und rigid, so wird sie sich beim Auseinanderweichen der durchtrennten Knochenenden nicht dehnen, sondern zerreißen. Ist die Blase abnorm fest mit ihr verwachsen, so wird sie eben mit zerreißen. 3) Können Blasenverletzungen durch abnorm feste und ausgedehnte Verklebung der Blase mit dem absteigenden Schambein- resp. aufsteigenden Sitzbeinaste entstehen. Diese Verletzungen sind die bei der Pubiotomie bei weitem wichtigsten und häufigsten; sie werden um so eher eintreten, je ausgedehnter die Entfernung der Knochenenden voneinander ist. 4) Schließlich können Blasenverletzungen auch durch direktes Zerschneiden resp. Zertrümmern der Blasenwand durch die Ränder der durchsägten Knochen hervorgerufen werden. Dies kann einmal dadurch geschehen, daß die Blase beim Durchtritt des Kopfes durch das Becken zwischen diesen und die Schnittränder des Knochens hineingequetscht, oder auch dadurch, daß die Blase nachträglich in den Knochenspalt eingeklemmt wird. Nach Ansicht des Verf.s können die unter 2—4 angeführten Verletzungen vermieden werden, wenn die Blase prophylaktisch von der Scheidenwand derjenigen Seite, wo die Pubiotomie gemacht werden soll, abgelöst wird. Verf. beschreibt sein diesbezügliches Verfahren und tritt sodann für die Drainage ein, die er aber nicht nach der Scheide hin ausführt, da auf diese Weise zu leicht Lochialsekret in die Wundhöhle eindringen kann.

3) A. Sippel (Frankfurt a. M.). Doppelseitige Hüftgelenksankylose. Absolute Beckenenge. Supravaginale Amputation des Uterus gravidus V. mens. Heilung.

143 cm hohe Person mit vollständig ankylotischen Hüftgelenken, einer geradezu spitzwinkeligen Lordose der Lendenwirbelsäule, einer starken Vergrößerung des

Beckenneigungswinkels fast bis zur Rechten, einem dadurch bedingten, fast horizontalen Verlauf des Kreuzbeines und einer Annäherung des Rippenbogens an die Beckenapertur, wie man sie bei spondylolysthetischem Becken zu sehen gewohnt ist. Die Schwangere hatte zwischen dem 10.—12. Lebensjahre eine länger verlaufende doppelseitige Koxitis durchgemacht, welche operative Eingriffe benötigte und völlige doppelseitige Ankylose zur Folge hatte. Die äußeren Beckenmaße waren: Sp. 24,4, Cr. = 26,8, Conjug. ext. = 17 cm. Ein Eingehen mit dem Finger in die Vagina war wegen der außerordentlichen Adduktion der Oberschenkel unmöglich. In Seitenlage konnte der Introitus vaginae gerade erreicht werden in dieser Lage war auch die Kopulation erfolgt. Der Rand der Symphyse war dem unteren Kreuzbeinende bis auf $5^1/_2$ cm genähert. Es bestand also absolute Beckenenge. Eine Einleitung des künstlichen Abortes erschien unmöglich, da jedes geburtshilfliche Operieren per vaginam, jede Desinfektion der Vagina ausgeschlossen war. Auch war es sehr zweifelhaft, ob der Fötus bei dieser Beckenenge unzerstückelt hätte geboren werden können. Es wurde daher die Sectio caesarea am Ende der Schwangerschaft beschlossen. Eine weitere Untersuchung der Pat. ergab jedoch, daß der Urin $2^1/_2$ ‰ Eiweiß enthielt (sie hatte vor 3 Jahren eine schwere Nephritis durchgemacht), und daß auch sonstige Erscheinungen vorhanden waren, die für eine schwere Schwangerschaftsnephritis sprachen. Es wurde daher zunächst versucht, diese auszuheilen resp. zu bessern. Trotz der allgemein üblichen Therapie verschlechterte sich der Allgemeinzustand immer mehr. Es traten Zeichen beginnender Urämie auf und damit die Indicatio vitalis, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Trotzdem ein operativer Eingriff bei diesem Zustand der Nieren wenig Aussicht auf Erfolg bot, so wurde doch zur supravaginalen Amputation des schwangeren Uterus als Ultimum refugium gegriffen. In der Folgezeit verschlechterte sich der Allgemeinzustand infolge der Nephritis anfangs, dann aber trat Besserung ein, und nach 4 Wochen konnte die Genesende mit nur noch geringen Spuren von Eiweiß in gutem Wohlbefinden nach Hause entlassen werden.

Die Formveränderung des Beckens wurde hier weniger bedingt durch die Koxalgie als solcher, als vielmehr durch die Beckenneigung, welche das Becken deshalb annehmen mußte, weil die Oberschenkelknochen in teilweis flektierter Stellung ankylosiert waren. Verf. erörtert sodann noch des genaueren die Entstehungsweise dieses eigentümlich geformten resp. verengten Beckens und schildert sodann einige interessante physiologische Beobachtungen an dem graviden Uterus während und nach der Operation, die im Original nachgelesen werden müssen. Aus denselben schließt Verf., daß lediglich infolge der gleichmäßigen Zusammenziehung der Uterusmuskulatur, ohne Beihilfe irgendeiner äußeren Befestigung (Ligamente, Scheidengewölbe) der Effekt erfolgt, den man bei der normalen Geburt sieht, nämlich ein Auseinandergedrängtwerden des unteren Uterinsegments und eine Entfaltung und Auseinanderdehnung der Cervix.

4) K. J. Wederhake (Elberfeld). Über Plasma- und Deciduazellen.

Verf. schildert die Resultate seiner Untersuchungen, die sich auf die Unnaschen Plasmazellen von Marschalko'schem Typus, also auf die sog. Krümelzellen erstreckten, und beschreibt die von ihm angewandte Färbetechnik. Hierauf bespricht er des genaueren die Resultate anderer Autoren über diese Zellen und schildert dann die bisherigen Untersuchungen über die Deciduazellen. Seine eigenen Untersuchungen erstreckten sich auf 150 Objekte, die zumeist durch Curettagen gewonnenen Bröckeln entstammten. Es ergab sich, daß die normale Uterusschleimhaut so gut wie keine Plasmazellen enthält; ebenso auch, wenn es sich um pathologische Zustände des Endometriums und Myometriums handelt. Nur beim Uteruskrebs fanden sich ganz vereinzelt solche Zellen. Verf. ist der Ansicht, daß die Mastzellen pathologische Gebilde sind. Während also im normalen Uterus Plasmazellen nur höchst vereinzelt vorkommen, so sind sie bei Anwesenheit von Decidua äußerst zahlreich, wenn es sich um eine normale, noch im Wachsen begriffene Gravidität handelt. Und zwar steigt ihre Zahl, je mehr Deciduazellen vorhanden sind und je weiter diese von den Chorionzotten entfernt liegen. Verf. gibt sodann die bei der Unna'schen Färbung auftretenden charak-

teristischen Unterschiede zwischen Decidua- und Plasmazellen an und beschreibt Übergangsformen zwischen beiden. Tritt ein Abort ein, so verschwinden zuerst die Plasma- und Übergangszellen, erst später die Deciduazellen. Hieraus kann man schließen, daß da, wo Plasmazellen im Verein mit Deciduazellen in der Uterusschleimhaut vorhanden sind, eine progressive Gravidität vorliegt. Wo nur Deciduazellen zu finden sind, da ist bereits die Gravidität abgelaufen. Unter den obenerwähnten Übergangszellen versteht Verf. solche Zellen, die zwar gewisse Merkmale mit den Unnazellen und den Deciduazellen gemeinsam haben, die aber gewisse Charakteristika dieser beiden Zellen vermissen lassen. Über die Abstammung der Plasmazellen konnte Verf. aus seinen Untersuchungen nichts Sicheres feststellen.

Das praktische Ergebnis dieser Untersuchungen liegt darin, daß uns die vorhandenen Plasma- und Übergangszellen einen festen Anhaltspunkt dafür geben, ob die Gravidität noch im Wachsen begriffen war, oder ob sie vor längerer oder kürzerer Zeit unterbrochen worden ist; und ob im Zweifelsfalle event. Deciduazellen wirklich solche sind oder nicht.

5) C. Weinbrenner (Magdeburg). Über vorgetäuschte Extra-uterin-Schwangerschaft, zugleich ein Beitrag zu den Corpus luteum-Blutungen.

Bei einer 26jährigen IIIpara traten nach starker Anstrengung ziemlich plötzlich zur Zeit der Menses Schmerzen im Leibe auf. Die Blutungen hielten an. Bei der Untersuchung fand man hinter dem weichen, nicht vergrößerten Uterus eine doppeltfaustgroße Geschwulst, die als Hämatokele angesprochen wurde. Es bestanden Uterusblutungen, der Leib war etwas aufgetrieben. Da trotz Ruhe usw. die Anämie der Pat. zunahm, wurde in der Annahme, daß es sich um einen Tubenabort handele, zur Operation geschritten. Hierbei erwiesen sich die beiden Tuben entzündlich geschwellt; es blutete aus den Fimbrien, und im Douglas fand sich eine Hämatokele. Ausräumung derselben, Entfernung der Tuben. Glatte Genesung. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich beide Tuben mit Blut erfüllt und in ihren Wandungen von strotzenden Gefäßen durchzogen. Aber nirgends war in ihnen eine Spur von fötalen Elementen zu entdecken. Es handelte sich also um eine Blutung aus den Tuben infolge hämorrhagischer Entzündung derselben. Sodann macht Verf. auf die Blutungen aufmerksam, die in den Ovarien sich in einen eben gesprungenen Follikel oder in ein Corpus luteum ergießen können. Solche Blutcysten platzen entweder bald, wenn der Innendruck zu hoch wird, und das Blut ergießt sich frei in die Bauchhöhle, oder die Cysten werden sehr groß. Sodann berichtet Verf. über zwei Fälle von durch Operation gewonnenen Ovarien, in denen ein Bluterguß in eine Corpus luteum-Cyste stattgefunden hatte. Die Cysten waren jedesmal ca. walnußgroß und zeigten auf ihrer Oberfläche einen Riß, durch den ein Blutcoagulum herausquoll. Im zweiten Falle war eine Stieldrehung des Ovariums eingetreten. Fötale Elemente fanden sich nirgends.

6) K. Franz. Zwei kurz hintereinander in der Landpraxis mit glücklichem Ausgang erfolgte Kaiserschnitte.

Kasuistischer Beitrag. In beiden Fällen handelte es sich um IIparae. Die ersten Geburten waren mit Kranioklasie usw. beendigt worden. Die Indikation gab in beiden Fällen ein stark verengtes Becken ab. Die Operationen wurden in Bauernhäusern vorgenommen und verliefen so gut wie glatt, ebenso die Rekonvaleszenz. Verf. folgert aus diesen Fällen, daß auch unter ungünstigen äußeren Verhältnissen in der Landpraxis der Kaiserschnitt aseptisch ausgeführt werden kann, und daß sich die Ärzte somit bei der Perforation des lebenden Kindes die allergrößte Zurückhaltung auferlegen müssen.

7) R. Pforte (Königsberg). Die Medullarnarkose bei gynäkologischen Operationen.

Verf. berichtet über die Resultate von 100 bei gynäkologischen Operationen vorgenommenen Medullarnarkosen. Zuerst schildert er die anatomischen Verhältnisse, die Verteilung der interessierenden Nerven, hauptsächlich in der unteren Körperregion, die anatomischen Eigentümlichkeiten, die für die Technik der Lumbalpunktion in Frage kommen, und sodann diese selbst, wie sie an der Königs-

berger Universitäts-Frauenklinik in diesen 100 Fällen vorgenommen wurde. Aus den hierbei gemachten Beobachtungen ergibt sich, daß die Medullaranästhesie sich in der Gynäkologie in erster Reihe für rein vaginale Operationen eignet, die nicht mit Eröffnung des Peritoneums einhergehen und auch nicht indirekt durch Zug am Uterus oder den Parametrien auf das Bauchfell einwirken. Bei allen anderen gynäkologischen Operationen aber muß augenblicklich mit einer Reihe hemmender Momente gerechnet werden, die bei dem jetzigen Stand der Lumbalanästhesie nicht so sicher auszuschalten sind, daß auch hier immer eine gute Anästhesie garantiert werden könnte. Verf. berichtet sodann des genaueren über die mit der Medullaranästhesie vorgenommenen Operationen und über die hierbei gemachten Beobachtungen (es handelte sich um 50 abdominale und 50 vaginale Eingriffe). Aus diesen ergibt sich, daß noch so ausgedehnte peritoneale Verwachsungen niemals eine Kontraindikation der Methode darstellen, und daß selbst bei unvollständiger Anästhesie die Anwendung des Stovains eine Ersparnis an Chloroform zur Folge hat. In 51% der Fälle war jedes andere Narkotikum entbehrlich, in 61% war die Anästhesie vorzüglich gelungen, in 19% versagte sie gänzlich, darunter nur zweimal bei vaginalen Operationen. Die negativen Fälle sind nach Ansicht des Verf.s hauptsächlich auf Fehler in der Technik zurückzuführen. Die Wirkung der Injektion tritt gewöhnlich in 6—8 Minuten ein, sie bleibt 1 Stunde bestehen und verschwindet dann allmählich. Störend wirkte öfters das Erbrechen. Außerdem fiel mehrfach Blässe des Gesichtes und Schweißausbruch an den Pat. auf. 4mal trat Kollaps ein, von denen aber nur einer schwererer Natur war. Nach dem Abklingen der Anästhesie ist das Befinden der Kranken ein vorzügliches, abgesehen von Wundschmerzen, die sich mit Morphium leicht bekämpfen lassen. Chokwirkungen, Bronchitiden, Bronchopneumonien kamen nie vor. An geringen Nacherscheinungen müssen genannnt werden: Temperatursteigerungen, Kopf- und Nackenschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Alle Pat. haben die Medullarnarkose ohne jeden wesentlichen Nachteil überstanden. Kontraindikationen aus den Neben- und Nachwirkungen hat Verf. nicht herausfinden können. Die von anderen Autoren beschriebenen, dauernden Nachwirkungen und Schädlichkeiten glaubt Verf. nicht als Folgezustände der Stovainanästhesie auffassen zu können.

E. Runge (Berlin).

Verschiedenes.

3) **H. v. Bardeleben.** Der Ballon als geburtshilflicher Dilatator.
(Med. Klinik 1906. Nr. 18).

Nach einer kurzen historischen Einleitung bespricht Verf. zuerst die mechanischen Verhältnisse, die bei der Einwirkung des unelastischen Ballons von Champetier de Ribes sich abspielen. Die durch Zug im Ballon entwickelte Kraft teilt sich, sobald sie auf den seitlichen Widerstand des Muttermundes trifft, nach allen Seiten auf denselben mit. Durch diesen seitlich dilatierenden Druck wird der Muttermund nicht nur seitlich auseinander gedehnt, sondern es findet auch eine longitudinale Ausziehung der Cervixmuskulatur statt. Dieser Umstand ist aber von hoher praktischer Bedeutung. Ist man nämlich bei langsamer Verstärkung der Zugkraft an der Grenze der Dehnbarkeit des Muttermundes angelangt, so dokumentiert sich dies alsbald daran, daß der Muttermund mit dem Ballon zusammen herabtritt, anstatt ihn hindurchgleiten zu lassen. Durch dieses Symptom läßt sich die Kraft des Zuges am Ballon leicht in richtiger Weise regeln. Die Ballondilatation ist somit eine kontinuierliche und sich selbst regulierende. Infolge der longitudinalen Ausziehung der Cervixmuskulatur wird der Widerstand der Ringmuskulatur stark herabgesetzt. Die Folge davon ist, daß der Muttermund nach der Entfernung des Ballons geringe oder gar keine Neigung zum Zusammenschnellen zeigt. Ein weiterer Vorteil der Ballondilatation ist der, daß durch sie gleichzeitig Vagina und Vulva mit erweitert werden. Zerreißungen derselben können daher

vermieden, Inzisionen erspart werden. So gut das Verfahren bei schon verstrichener Portio ist, so viel weniger geeignet ist es bei noch erhaltener Cervix, speziell bei Erstgebärenden. Ist hier eine schnelle Eröffnung des Muttermundes indiziert, so ist die Hysterotomia anterior nach Bumm besser am Platze. Hierauf schildert Verf. des näheren das Verfahren bei Einlegung des Ballons in den Muttermund und die Art, wie die Zugwirkung an ihm auszuüben ist. Der Vorwurf, daß der Ballon in den Muttermund nicht eingeführt werden kann, wenn dieser dem Kopf schon fest anliegt, ist hinfällig, denn der Ballon läßt sich sehr gut auch dann noch neben oder vor dem Kopfe durch Abheben des Muttermundes anbringen. Außerdem wird in derartigen Fällen der Muttermund zumeist die Anlegung der Zange und die vorsichtige Extraktion gestatten. In bezug auf die Indikationsstellung zur Anwendung der schnellen Ballondilatation erwähnt Verf. noch, daß die völlige Erweiterung des Muttermundes auf 9—10 cm Durchmesser ausschließlich im Interesse des Kindes angestrebt zu werden braucht. Gibt man das Kind verloren, so genügt $^1/_3$ dieser Weite, um durch Perforation und Kranioklasie zu entbinden. »Eine bis zu Ende durchgeführte künstliche Muttermundserweiterung mit totem Kind ist... eine Blamage.« Vermag man auf Erhaltung des kindlichen Lebens nicht mit Sicherheit zu rechnen, so soll die Integrität der mütterlichen Weichteile nicht unnütz aufs Spiel gesetzt werden. Verf. bespricht dann noch die Anwendung des Ballons bei Placenta praevia. Er sah hier in bezug auf das kindliche Leben bessere Resultate durch die Wendung nach Braxton-Hick.

E. Runge (Berlin).

4) **G. Piquard** (Paris). Die Verkalkung der Fibromyome des Uterus.
(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. Juni.)

Die regressive Metamorphose der Verkalkung kommt nach den vom Verf. gesammelten Statistiken etwa in 3% der Myome vor. In ätiologischer Hinsicht scheint allein das Alter eine wichtige Rolle zu spielen, indem die Verkalkung mit Vorliebe zur Zeit der Menopause auftritt.

Die Verkalkung, die fast ausschließlich in interstitiellen und subperitonealen Tumoren sich findet, zeigt zwei hauptsächliche Formen:

1) die Verkalkungen zentralen Ursprunges;

2) die Verkalkung peripheren Ursprunges.

Erstere ist die bei weitem häufigere. Im zweiten Falle kann der Tumor in toto von einer Kalkschale umgeben sein.

In histologischer Beziehung kann man eine kalkige Infiltration der Muskelfibrillen und eine solche des Bindegewebes unterscheiden. Beide Prozesse können nebeneinander hergehen.

Die Ansicht zahlreicher Autoren, daß die Verkalkung sich an einen arteriosklerotischen Prozeß der Gefäße anschließe und in der Umgebung der Gefäße beginne, teilt Verf. nicht, er glaubt vielmehr, daß die letzteren lange Zeit von der Verkalkung verschont bleiben. Sie bilden mit der sie umgebenden Muskelsubstanz und dem Bindegewebe die Ursprungsstellen der bindegewebigen Züge, welche die verkalkten Herde voneinander trennen.

Wenn auch die Pathogenese der Verkalkung der Myome noch so gut wie vollständig unbekannt ist, so ist doch ein gewisser Zusammenhang mit arteriosklerotischen Veränderungen der Artt. uterinae sehr wahrscheinlich. Dafür spricht das Auftreten der Degeneration mit Vorliebe in jenem Alter, in dem sich eben unter dem Einfluß der Menopause solche Veränderungen an den Uteringefäßen vollziehen.

So erklärt sich auch die Beobachtung des Verf.s, daß die Verkalkung zuerst immer in einer gewissen Entfernung von den Gefäßen des Tumors auftritt, d. h. also in denjenigen Partien, die am schlechtesten ernährt sind. Daß fibröses Gewebe für Kalkniederschläge einen besonders günstigen Boden abgibt, ist bekannt. Bei der Verkalkung der Myome ist auffallend, daß sich der Prozeß gern an die fibröse Induration anschließt.

Klinische Symptome der Verkalkung fehlen nicht selten vollständig. Wenn

sie vorhanden sind, so bestehen sie hauptsächlich in Schmerzen, Kompressionserscheinungen und Scheidenabsonderungen. Damit fällt die Zunahme des Tumors an Gewicht und Konsistenz zusammen. Manchmal setzen die Beschwerden bei einem vorher symptomlos verlaufenen Myom mit dem Beginne der Verkalkung des Tumors ein.

Schlimme Komplikationen des verkalkten Myoms sind Druckerscheinungen auf den Mastdarm, die Blase oder die Ureteren mit nachfolgender Gangrän der Wand dieser Organe. Auch Vereiterung verkalkter Myome trifft man häufig. Eine interessante Begleiterscheinung sind Pyosalpingitiden.

Die Diagnose der Verkalkung kann mit Sicherheit nur unter zwei Voraussetzungen gestellt werden, der Ausstoßung von Kalkpartikeln oder des Nachweises eines verkalkten Tumors in der Uterushöhle.

Die Benignität der verkalkten Myome ist überschätzt worden. Mit Rücksicht auf die möglichen Komplikationen ist vielmehr die sofortige Operation angezeigt, sowie der Verdacht auf Verkalkung auftaucht.

Der Arbeit ist eine Statistik von 64 aus der Literatur gesammelten Fällen beigefügt, bei denen 16mal der vaginale Weg eingeschlagen, im übrigen aber vom Abdomen aus operiert wurde. Unter den letzteren 48 Fällen wurde 6mal die Myomektomie ausgeführt mit 1 Todesfalle, die abdominale Totalexstirpation 18mal mit 6 Todesfällen, die supravaginale Amputation 22mal mit 2 Todesfällen.

Frickhinger (München).

5) **H. Hartmann** (Paris). Von der Überlegenheit der abdominalen Hysterektomie über die vaginale Hysterektomie.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1905. Juni.)

Infolge des Ersatzes der Antiseptik durch die Asepsis und der Vervollkommnung der Technik hat sich die Prognose der abdominalen Operationen bis zu dem Grade gebessert, daß zurzeit die abdominale Methode der Hysterektomie an Sicherheit die vaginale übertrifft. Besser als theoretische Erörterungen sprechen für diese Behauptung Tatsachen, die Verf. seiner operativen Erfahrung entnimmt.

Bei den Adnexoperationen ist er dem Wechsel der Anschauungen gefolgt, indem er von der abdominalen zur vaginalen Methode überging, dann aber wieder zur ersteren zurückkehrte. Jene konnte in ihrer Leistungsfähigkeit nur solange der vaginalen Operation unterlegen sein, als ihr noch nicht die Fortschritte der Technik in ihrer jetzigen Vervollkommnung zugute kamen. Seitdem man auch bei der Laparotomie den Uterus mitentfernt, seitdem man durch isolierte Unterbindung der Gefäße die dicken Stümpfe vermeidet, seitdem man endlich das Beckenperitoneum exakt vernäht und keine Wundfläche in der Peritonealhöhle zurückläßt, seitdem gibt die abdominale Entfernung der Genitalorgane bessere Erfolge als die vaginale, sowohl was das unmittelbare Resultat betrifft — 1,49% Mortalität bei abdominalem Vorgehen gegenüber 3,22% bei vaginalem —, als auch bezüglich der Dauerresultate.

Die Indikationen zur Operation beim Karzinom hat Verf. im Laufe der Zeit sehr eingeschränkt. Die Drüsensuche hält er für nutzlos. Denn die mikroskopische Untersuchung ergibt oft, daß die Drüsen gesund sind. Dagegen ist die möglichst ausgedehnte Entfernung der Parametrien und der Scheide anzustreben, da von hier aus die Hauptgefahr des Karzinoms droht. Für diesen Zweck hält Verf. die Wertheim'sche Operation für angezeigt. Sonst kommt es bei der Wahl des Weges viel auf die Beschaffenheit der Bauchdecken und die Enge oder Weite der Scheide an. **Frickhinger** (München).

6) **A. Dührssen** (Berlin). Der praktische Arzt und das Uteruskarzinom.

(Med. Woche 1906. Nr. 2.)

Der Aufsatz ist eine erweiterte Wiedergabe der 1899 in der Deutschen Ärzte-Zeitung erschienenen und in d. Bl. (1900, Nr. 13) referierten Arbeit desselben Verf.s. Er verdient es, von allen praktischen Ärzten gelesen und beherzigt zu werden.

D. betont die Heilbarkeit des Uteruskrebses durch Frühoperation, die Wichtigkeit frühzeitiger Diagnose, die Notwendigkeit der Aufklärung der Frauenwelt durch die Tageszeitungen, Vorträge, Merkblätter usw. Für das Korpuskarzinom hält er an der vaginalen Exstirpation, wenn nötig unter Zuhilfenahme eines tiefgehenden Scheiden-Dammschnittes, fest, während er bei Cervix- und Portiokrebsen der ventralen Operation nach Mackenrodt den Vorzug gibt.

Graefe (Halle a. S.).

7) G. Schickele (Straßburg i. E.). Einige kritische Bemerkungen zur Alexander-Adams'schen Operation, insbesondere über das Verhältnis zu den Leistenbrüchen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 12.)

S. ist der Ansicht, daß nicht in allen Fällen, in welchen der Uterus nach Alexander-Adams später wieder retroflektiert gefunden wird, die Operation an sich versagt habe. Es können neue Schädlichkeiten, pathologische Veränderungen (z. B. chronische Metritis, adhäsive Entzündung) auf den Uterus einwirken wie auf einen sonst normal anteflektierten und die Lageveränderung herbeiführen. Durch richtige Auswahl der Fälle wird man Rezidive am besten verhüten.

Um Wundeiterung zu vermeiden, rät Verf., scheidenverengende Operationen nicht in einer Sitzung mit dem Alexander-Adams zu machen, Gummihandschuhe zu benutzen, die durchtrennte Haut abzudecken, für peinlichste Blutstillung zu sorgen.

Die Späterfolge der Operation werden getrübt durch Entstehung von Leistenbrüchen, welche nach Spaltung des Leistenkanales besonders groß sein soll. Letztere hält S. nur dann für geboten, wenn man das Ligament nicht findet, wenn es reißt, oder wenn eine Bruchanlage oder ein ausgebildeter Leistenbruch vorhanden ist. Die Schwierigkeiten der Operation in letzterem Falle werden durch einen Operationsbericht illustriert.

Verf. empfiehlt, die Bassini'sche Operation mit der Alexander-Adams-schen zu kombinieren, wenn ein Leistenbruch besteht oder der Kanal gespalten werden mußte.

Graefe (Halle a. S.).

8) B. Salge (Berlin). Die Bedeutung der Infektion für den Neugeborenen und Säugling.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 10.)

S. empfiehlt, um Nabelinfektionen beim Neugeborenen zu verhüten, 80—90%igen Alkoholverband und an Stelle der gebräuchlichen Nabelbinde reguläres Verbandmaterial. Besonders günstig für die Infektion ist die Zeit der Demarkation und des Abfallens der Nabelschnur. Harmlos und leicht zu beherrschen ist die lokale Erscheinungen verursachende. Diese fehlen bei Infektion der Lymphscheide der Arterien und der Thromben ganz oder sind so minimal, daß sie leicht übersehen werden können. Die Infektion kann hier entweder zu einem subfascialen flachen Abszeß führen oder auf dem Lymphwege fortschreiten und eine Allgemeininfektion zur Folge haben. Ein ungünstiger Ausgang ist es auch, wenn sich eine eitrige Entzündung des Beckenbindegewebes entwickelt, die dann zu einer tiefliegenden Phlegmone des Oberschenkels führt. Die Behandlung muß sich auf Verbände des Nabels mit Alkohol, Alum. acet. beschränken. Die Abszesse sind chirurgisch anzugreifen. Als Hauptsache sieht aber der Verf. die Ernährung mit Frauenmilch an, weil die bakterientötende Wirkung des Säuglingsblutes bei Ernährung an der Brust doppelt so groß ist als bei künstlicher.

Eine andere Eingangspforte der Sepsis ist für den Säugling der Mund. Sie wird besonders durch das Auswischen des letzteren geschaffen, welches S. als unnötig und gefährlich verwirft. Er schildert zum Schluß die Gefahren des Schnupfens für den Säugling (sich anschließende schwere eitrige Prozesse an der Rachenwand, Abszesse, Phlegmonen, Diphtherie, aber auch schlechte Ernährung infolge mangelhaften Trinkens bei behinderter Nasenatmung) und die Furunkulose. Bei letzterer

empfiehlt er, sie vor der Eröffnung mit zäher Salbe zu umgeben, um die gesunde Haut vor dem Eiter zu schützen, ferner Bäder in Kal. hypermangan.-Lösung oder Acid. tannic. 1 : 1000, zum Verbande der Haut Formalin 1 : 1000.

Graefe (Halle a. S.).

9) W. Noetzel (Frankfurt). Die Ergebnisse von 241 Peritonitisoperationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. Hft. 2.)

Die Fälle stammen aus der Rehn'schen Abteilung. Nach der Ätiologie verteilen sie sich folgendermaßen: Peritonitis infolge Appendicitis 165mal, infolge Pyosalpinx 38mal, im Puerperium 5mal, infolge Perforation der Gallenblase 6mal, infolge Perforation des Magens 12mal, infolge Perforation des Darmes 11mal, infolge eines falschen Divertikels, infolge Perforation der Harnblase, infolge Cystitis, infolge Koprostase je 1mal. Die Blinddarmperitonitis hat in der letzten Zeit eine bessere Prognose bekommen. Sie tritt meistens als fibrinös-eitrige oder mit blutig-serösem Exsudat und total hämorrhagisch infiltriertem Wurmfortsatz, oder als sog. peritoneale Sepsis mit fehlendem Exsudat und ausgesprochener Darmlähmung auf. Zu dieser letzten Form gehört der paralytische Ileus, der am häufigsten nach gynäkologischen Operationen auftritt. Alle Symptome sind unsicher im positiven und negativen Sinne. Weniger bekannt, aber wichtig, ist der Unterschied zwischen Achselhöhlen- und Rektaltemperatur. Verwechslung mit hysterischer Pseudoperitonitis, Typhus und appendicitischen Schmerzen bei Pneumonien, allgemeiner Sepsis und schließlich fast allen schweren inneren Krankheiten, besonders in dem der Agonie nahen Stadium, ist unvermeidlich. Für alle Formen und alle Stadien ist die Operation die einzig mögliche Therapie. Sie besteht in der Inzision und Gegeninzision, gründlicher Auswaschung der Bauchhöhle und Drainage an verschiedenen Stellen, insbesondere der Beckenhöhle. Entleerung des Darmes durch Inzision ist nur erlaubt, wenn er sich anders nicht reponieren läßt. Die Infektionsherde, wie Wurmfortsatz oder Adnexeitersäcke, müssen mitentfernt werden. Die Bauchdecke wird durch Etagennaht bis auf die Drainöffnungen sorgfältig geschlossen. In der Nachbehandlung wird Wert auf ständige Anregung der Atmung (lockerer Verband, reichliche Morphiumdarreichung) und der Darmtätigkeit gelegt. Sehr früh wird Physostigmin, 3 mg in 6 Einzeldosen in 24 Stunden, wenn möglich längere Zeit hindurch, gegeben, dazu kommen Klysmen und, wenn das Erbrechen aufgehört hat, Abführmittel. Auftretende Diarrhöen können die Wirkung der Kochsalzspülungen oder Selbsthilfe des Organismus gegenüber dem giftigen Darminhalte sein. Bei später auftretenden Abszessen soll man möglichst den spontanen Rückgang oder die Annäherung an die äußeren Schichten abwarten. Ausgenommen sind die subphrenischen Abszesse, die nicht früh genug operiert werden können. Sofortige Operation verlangt auch der Adhäsionsileus.

Die 38 Fälle von Peritonitis infolge eitriger Adnexerkrankung entstanden entweder durch fortschreitende Entzündung oder durch Perforation. Die Unterscheidung von der Blinddarmperforation, selbst von der geplatzten Extra-uterin-Schwangerschaft, ist sehr schwierig. Die Prognose ist eine recht trübe. Bei der Operation müssen die erkrankten Adnexe und häufig auch der beteiligte Wurmfortsatz entfernt werden. Oft sind die Veränderungen an den Tuben so gering, daß beide oder mindestens eine zurückgelassen werden können; von den Ovarien soll möglichst viel erhalten bleiben. Bei der puerperalen Peritonitis ist die Indikationsstellung besonders schwierig, weil häufig nur eine peritoneale Reizung auftritt, weil ferner die Resistenz des Peritoneums erheblich herabgesetzt ist und besonders schonende Behandlung verlangt. 5 Fälle wurden operiert mit 2 Heilungen, 3mal wurde der Uterus mitentfernt, 2 starben an der Peritonitis, die 3. Pat. ging an bei der Operation nachträglich eingetretener Dünndarmfistel zugrunde. Von den Geheilten wurde die eine mit Erfolg einer zweimaligen Inzision des Douglas unterzogen. Ein operierter und genesener Fall war durch Koprostase entstanden. — In dem Nachtrage verwirft Verf. die subkutane Ernährung als schmerzhaft und zwecklos

Calmann (Hamburg).

10) **W. Pitha.** Cystis corporis lutei.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 400.)

Die Cyste fand sich als Komplikation eines Fibromyoms des Uterus, dessentwegen die abdominale Totalexstirpation vorgenommen wurde. Sie war kindskopfgroß, in Adhäsionen eingebettet und wurde im Zusammenhange mit dem myomatösen Uterus exstirpiert. Die Tube verlief über den oberen Teil des Ovarialtumors und endete an der Außenseite desselben blind und in Adhäsionen eingebettet. Sie war leer, ihre Wände waren verdickt. Der Tumor trug an seiner hinteren unteren Fläche eine flache Erhabenheit, die sich als ein Corpus luteum erwies. Der Inhalt der großen Cyste bildete eine gallertartige Masse, die nach der Entleerung aus der Cyste ihre Form beibehielt. Die Innenwand der Cyste bildete eine gelbliche, 2—3 mm dicke Membran, die mit Höckern besetzt war. Diese Höcker waren Pseudopapillen, indem sie durch Proliferationsvorgänge in der Schicht der Luteinzellen bedingt waren. Die Luteinschicht bestand aus großen Zellen mit schlecht gefärbten Kernen und war von dünnwandigen, breiten, bis zur Oberfläche gehenden Kapillaren durchflochten; stellenweise fand sich rostbraunes Pigment. Der beschriebene Fall spricht für die Ansicht Fränkel's, daß diese Art von Cysten durch Reizung der Luteinschicht seitens des Blutergusses des Graaf'schen Follikels bedingt werden. Die Luteinschicht war in der kleinen Cyste des Corpus luteum und in der großen Cyste gleich dick und identisch.

G. Mühlstein (Prag).

11) **Rouffart et Walrooms.** Über die Anwendung des Skopolamins als allgemeines Anästhetikum in der Chirurgie.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1905. Nr. 9.)

Verff. rühmen der Verabreichung von Skopolamin und Morphium (0,001 und 0,01) 1½—2 Stunden vor der Operation nach, daß sie, falls letztere eine kleinere, schnell zu beendende ist, Chloroform unnötig mache. Bei größeren, länger dauernden aber den Verbrauch des Chloroforms wesentlich einzuschränken vermöge. Üble Neben- oder Nachwirkungen beobachteten sie nicht. Im Gegenteil! Das Exzitationsstadium fällt in der Regel fort; die Narkose tritt schnell nach Verabreichung des Chloroforms ein. Während derselben fehlt Erbrechen vollständig, fast völlig nach der Operation. Der Narkose folgt ein längerer, tiefer Schlaf. Stets wurde Trockenheit der Schleimhäute beobachtet. Infolgedessen fehlt die bei reiner Chloroformnarkose oft lästige Schleimabsonderung. 32 Beobachtungen illustrieren die Angaben der Verff.

Graefe (Halle a. S.).

12) **Rouffart** (Brüssel). Abszeß des Ovarium und der rechten Tube. Linksseitige Pyosalpinx. Doppelseitige Salpingektomie mit Erhaltung des einen Ovariums. Genesung.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1905. Nr. 8.)

Das Wesentliche ist in der Überschrift gesagt. Der Douglas wurde drainiert, über der Drainage ein peritoneales Dach in der Weise hergestellt, daß die oberen Partien des rechten Lig. lat. mit den unteren des linken durch Nähte vereinigt wurden. So wurde das linke Ovarium in seiner Lage belassen, ohne mit dem Drain in Berührung zu kommen.

Graefe (Halle a. S.).

13) **Herman.** Ein Fall von Spina bifida meningo-myelocele.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1905. Nr. 8.)

Mädchen am Tage zuvor geboren. Mannskopfgroßer, bläulicher Tumor in der Höhe des 2. und 3. Lendenwirbels beginnend, über das Gesäß hängend. An einer Stelle entleert er blutige Flüssigkeit. Leichte Narkose. Umschneidung der Geschwulst in der gesunden Haut. Abtragung unter Durchtrennung zahlreicher Nervenfäden, welche in den Kanal reponiert werden. Verschluß der Arachnoidea. Ablösung zweier dünner Platten der der Öffnung benachbarten Lendenwirbel. Deckung des Defektes durch sie. Naht in der Mitte durch Silkworm. Bildung

zweier Sehnen, Muskellappen, mit denen die Knochennaht gedeckt wird. Hautnaht. Als Verband nur Zinkpflaster. Am 3. Tage p. op. Bildung einer kleinen Fistel, aus der sich Liquor cerebrospin. entleerte. Spontaner Schluß nach einem Monat.
Graefe (Halle a. S.).

14) **Rouffart** (Brüssel). Uterusfibrom mit Pyosalpinx und Hautfisteln. Laparohysterektomie. Genesung.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1905. Nr. 8.)

Vor 16 Monaten angeblich Operation wegen Uterusfibrom. Wenige Tage nach derselben Durchtränkung des Verbandes mit Eiter und Blut. Seitdem in der Bauchwand drei Fisteln und täglich Schmerzen in der linken Fossa iliaca und linkem Beine. Das ganze kleine Becken von einem Fibrom eingenommen. Bauchschnitt, die Fisteln und die alte Narbe umgehend. Fibrom mit Bauchwand, Netz und Därmen verwachsen. Linksseitiger Pyosalpinx reißt bei der Ausschabung ein und entleert reichlich Eiter. Auch rechts Pyosalpinx. Totalexstirpation des Uterus. Vereinigung der peritonealen Wundflächen. Abdachung nach der Bauchhöhle. Genesung.
Graefe (Halle a. S.).

15) **Stoeckel** (Berlin). Wann und wie soll der praktische Arzt die Retroflexio uteri behandeln?

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 48 u. 49.)

Wenn bei einer Retroflexio uteri mobilis Blasenstörungen, Verstopfung, Menorrhagien, Kreuzschmerzen, etwas verstärkter Fluor vorhanden ist, so ist es nach Verf. zwar nicht unbedingt nötig, aber doch durchaus möglich, daß alle diese Abnormitäten in der Lageveränderung des Uterus ihren Grund haben. Er rät deswegen, hier den Uterus aufzurichten und ein passendes Pessar einzulegen. Ist der Erfolg kein vollständiger, so sind andere therapeutische Maßnahmen (Blasenbehandlung, Abführmittel, Hydrast., event. Curettage des Uterus) angezeigt. Bei Retroflexio uteri gravid. will er, falls die Beckenverhältnisse normal sind (kein stark vorspringendes Promontorium) und die Blasenfunktion ungestört ist, die Spontanaufrichtung abwarten, fordert aber, daß die Pat. dann das Bett hütet und unter andauernder ärztlicher Kontrolle bleibt. Ist starke Blasendilatation nachweisbar, der Urin zersetzt, faulig, so soll letzterer vorsichtig entleert, 1—2 Tage ein Dauerkatheter eingelegt werden, die Schwangere das Bett hüten. Dann erst ist der Uterus in tiefer Narkose und schonend aufzurichten, um Blasenruptur mit ihren Folgen zu vermeiden. Bei normalem Urin kann der Urinabnahme die Reposition sofort folgen. Nach derselben ist ein Pessar einzulegen. Es soll bis zum Ende des 5. Monats getragen werden.

Die Differentialdiagnose zwischen Retroflexio uteri gravid. und einem extrauterin gelegenen Tumor, insbesondere Tubargravidität event. Hämatom erörtert Verf. eingehend. Die Möglichkeit, daß die Lageveränderung Ursache von Sterilität ist, erkennt er an. Die Methodik der Aufrichtung, event. unter Zuhilfenahme der Kugelzange oder Sonde, wird instruktiv beschrieben, für schwierige Fälle Narkose empfohlen. Von Pessaren haben sich dem Verf. am besten die Fritsch-schen Normalpessare (Biegung wie bei Thomas. Bezugsquelle: G. Haertel, Breslau, Albrechtstraße) oder die Weinhold'schen Hartglaspessare bewährt; Versagt die Pessarbehandlung, verwirft sie der Ehemann, oder handelt es sich um Virgines, so ist die Alexander-Adams'sche Operation angezeigt.

Die orthopädische Behandlung der komplizierten Retroflexio hat zu unterbleiben. Fehlen Adnextumoren, so ist Empfindlichkeit des Uterus und der Anhänge bei vorsichtigem Betasten, eitriges Cervix- und Urethralsekret diagnostisch zu verwerten. Hier ist nicht die falsche Uteruslage, sondern die Entzündung zu behandeln, zunächst mit Bettruhe, Glyzerintamponade, nach Erreichung des chronischen Stadiums mit Belastungslagerung, event. Heißluftbehandlung, schließlich mit gynäkologischer bzw. Vibrationsmassage.

Bei nicht zu festen Adhäsionen steht S. der Zerreißung derselben in Narkose nach B. S. Schultze nicht ablehnend gegenüber. Dagegen spricht er sich gegen

die Vaginofixation aus trotz ihrer Verbesserungen, weil er oft Schmerzen in der Scheidennarbe und lästige Blasenschmerzen nach ihr beobachtet hat. Er bevorzugt die abdominale Operation mit Ventrofixatio. Geburtsstörungen nach der letzteren hat er nie gesehen. **Graefe** (Halle a. S.).

16) **W. Pitha.** Zwei Fälle von Papillokarzinom der Harnblase.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 398.)

In beiden Fällen versagte die Cystoskopie mit dem Nitze'schen Apparate, weil die Flüssigkeit stets durch Blut gefärbt und undurchsichtig war; dagegen konnte eine präzise Diagnose durch die Cystoskopie nach Pawlik gestellt werden. Es wurde die Urethra mit Simon'schen Dilatatoren erweitert und dann durch dieselbe das Pawlík'sche Blasenspekulum eingeführt. In der Position à la vache füllte sich die Blase mit Luft, und es konnte der Tumor bei Tageslicht inspiziert werden. — In beiden Fällen wurde die Harnblase und der mitergriffene Teil des Ureters reseziert und Heilung erzielt, die in dem einen Falle seit $1^1/_2$, in dem anderen seit $1^1/_4$ Jahren andauert. **G. Mühlstein** (Prag).

17) **Rau** (Wreschen). Kasuistische Mitteilungen über Collargolbehandlung.

(Therapeutische Monatshefte 1905. Dezember.)

R. hatte in zwei Fällen von schwerer Pyämie gute Erfolge von Collargolinjektionen. Der erste war ein chirurgischer, im zweiten handelte es sich um eine Primipara, die mittels Zange entbunden war und einen kleinen Dammriß erlitten hatte, der mit zwei Nähten geschlossen wurde. Am Tage nach der Entbindung Schmerzen links vom Uterus, die sich allmählich unter Fieber steigerten. 5 Tage post partum fand R. Temperatur 40,2, starke Kopfschmerzen, mehrfach Schüttelfröste, mehrmals täglich Erbrechen, Dammriß per primam geheilt, starke Schmerzhaftigkeit links vom Uterus, Lochien übelriechend. Verf. injizierte zweimal täglich je 3 g einer 2%igen Collargollösung, im ganzen 27 g. Schon am Tage nach der ersten Injektion sistierte das sehr quälende Erbrechen, nach 8 Tagen blieb die Frau dauernd fieberfrei.

Ref. kann die guten Erfolge nach zahlreichen Erfahrungen voll und ganz bestätigen. Er hat im Einzelfall im ganzen 1—3 Injektionen von 2 g einer 5%igen Collargollösung nötig gehabt, um schwere Fälle von Pyämie, die z. T. schon über 14 Tage bestanden, zu heilen. Am günstigsten sind die Erkrankungen, bei denen, außer einer Thrombophlebitis der Beckenvenen, nichts nachzuweisen ist. Schädigungen wurden nie beobachtet. **Witthauer** (Halle a. S.).

18) **Aufrecht** (Magdeburg). Eine neue Flasche für Säuglinge.

(Therapeutische Monatshefte 1906. Dezember.)

Um der Erschwerung der Entleerung, also Unbrauchbarkeit bei zu enger Öffnung im Saugpfropfen einerseits, allzu reichliches Ausfließen bei zu weiter Öffnung andererseits, abzuhelfen, hat A. eine Flasche konstruiert, die die Form eines halben Zylinders hat, also glatt aufliegen kann. Auf dem höchsten Punkte des Halbzylinders befindet sich eine kleine Öffnung, durch welche entsprechend dem Quantum der abgesaugten Nährflüssigkeit Luft in die Flasche einströmen kann. Der Hals der Flasche ist etwas nach unten geneigt, die Öffnung wird während des Gebrauches mit Watte verschlossen. Die Flasche eignet sich besonders für Findel- und Krankenhäuser, wo sie nicht immer durch eine Person gehalten werden kann und soll den nicht seltenen Schluckpneumonien kachektischer Säuglinge vorbeugen. **Witthauer** (Halle a. S.).

19) **Schlossmann.** Über den derzeitigen Stand der Frage der künstlichen Säuglingsernährung.

(Heilkunde 1905. November.)

Nach seinen Erfahrungen im Dresdener Säuglingsheim hält S. die Kuhmilch immer für den besten Ersatz der Muttermilch, ausgenommen die wenigen Fälle,

wo eine Idiosynkrasie dagegen vorhanden ist. Zur Gewinnung guter Kuhmilch bedarf es keiner kostbaren Stallpaläste, wohl aber einer weitgehenden Stallhygiene. Für die Fütterung der Tiere muß man nur verlangen, daß diejenige Nahrung vermieden wird, die bei den Kühen selbst Indispositionen erzeugt; deshalb wäre der Weidegang das beste. S. nimmt nie eine stärkere Verdünnung der Milch als halb und halb, auch bei Neugeborenen, und gibt während des ganzen ersten Lebensjahres nie mehr Flüssigkeitsmenge pro die als 1 Liter. Später wird event. Sahne hinzugefügt.

Das Ideal der Zukunft als Ersatz von Muttermilch ist eine frische, aseptisch gewonnene und entsprechend behandelte, rohe, lebende Milch.

Witthauer (Halle a. S.).

20) B. Müller (Hamburg). Die Ventrifixation des Uterus und ihre Folgen.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1906. Nr. 3 u. 4.)

Verf. führte im Februar 1902 bei einer 32jährigen Ipara die Laparotomie aus; hierbei wurde der entzündete Wurmfortsatz und das linke cystisch vergrößerte Ovar entfernt und der Fundus uteri durch zwei tiefgreifende Seidennähte ventrifixiert. Rekonvaleszenz durch Bauchdeckeneiterung gestört. Im Winter 1904 stellte sich die Pat. im 2. Monate gravid vor. Im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft dehnte sich die Laparotomienarbe sichtlich, auch stellten sich im 9. Lunarmonate Leib- und Bauchschmerzen ein. Bei 2 cm langem Cervicalkanal sprengte M. die Blase, um die Frühgeburt einzuleiten. In den nächsten 24 Stunden schwache Wehen. Die Placenta saß tief und rückwärts, der Schädel stand hoch. Am 2. Tage nach dem Blasensprunge starke Blutung infolge vorzeitiger Placentalösung. Wendung und Extraktion. Es läßt sich dabei feststellen, daß der Uterus noch an der vorderen Wand fixiert und die hintere Wand stark ausgedehnt war. Auch stand der Muttermund sehr hoch. Am 16. Wochenbettstage Fieber bis 40° — Abrasio — Uterusspülungen —, nach 3 Tagen Abfall des Fiebers; es fand sich mangelhafte Involution des Uterus, die Verf. von der Ventrifixur herleitet.

Verf. schließt aus diesem Falle, daß die Folgen der Ventrifixur bei einer Frau in geschlechtsreifem Alter sehr unangenehm sein können; die Nachteile sind: zu starke Belastung der vorderen Bauchwand durch den graviden Uterus, der anormale Hochstand des Uterus, verkehrte und ungenügende Insertionsstellen des Eies, Wehenschwäche und Unregelmäßigkeit der Wehen; ferner kann das Kind in der Austreibungsperiode eine falsche Richtung erhalten; dann wird durch die Ventrofixation die Kontraktion (soll wohl heißen: Involution) des Uterus verzögert und Anlaß zu Spätinfektionen gegeben. Das Leben des Kindes wird durch all dies gefährdet, es kann leicht Abortus und vorzeitige Placentalösung entstehen, und infolge Wehenschwäche erfolgt oft die Entbindung nicht spontan.

Am besten wird es sein, bei einer Frau unter 40—45 Jahren die Ventrifixation zu vermeiden.

Keitler (Wien).

21) B. Müller (Hamburg). Über die blutstillende Wirkung des Paranephrin Merck.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1906. Nr. 2.)

M. empfiehlt zu gynäkologischen Tamponaden die trockenen imprägnierten Gazen aus der Fabrik Arnold in Chemnitz. Die Vorzüge dieser trockenen Gazen liegen darin, daß man die Nebennierenpräparate in den höchst zulässigen Dosen in die Wunde usw. bringt, und daß die Wirkung länger dauert. Die Wirkung ist eine momentane.

Keitler (Wien).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 51. Sonnabend, den 22. Dezember. 1906.

Inhalt.

(Aus der Frauenklinik der Universität Kiel.)

Zur Behandlung und Entstehung der Inversio uteri.

Von

Karl Holzapfel.

Am 9. Dezember 1905 wurde ich von einem Kollegen zu einer puerperalen Blutung nach N. gerufen. Die 25jährige Kranke hatte am 8. Dezember 1 Uhr nachmittags unter dem Beistand einer Hebamme ein reifes Kind in Schädellage geboren. Die Geburt verlief glatt und dauerte nicht lange. $1/2$ Stunde später entfernte die Hebamme wegen Blutung die Nachgeburt durch den Credé'schen Handgriff. Die Blutung wiederholte sich. Der herbeigerufene Arzt fand Atonie und gab Ergotin und Sekale; die Nachgeburt wurde als vollständig erkannt. Da die Blutung immer wieder auftrat, gab der Arzt abends eine heiße Spülung, er fand dabei den Muttermund geschlossen. Nachts wenig Blutung. Am anderen Tag erneute Blutung, das Blut sickert beständig weg. Der behandelnde Arzt und ein Kollege vom Orte fanden den Uterus abwechselnd schlaff und fest. Weitere Sekalegaben ohne dauernden Erfolg.

Ich sah die Kranke nachmittags $3^1/_2$ Uhr, eine mittelgroße, wenig kräftig gebaute, mäßig gut genährte Frau von blasser Hautfarbe. Zunge feucht, Puls 110

bis 120, ziemlich klein, regelmäßig, Temperatur 37,6 in axilla, Bewußtsein klar. Abdomen aufgetrieben, etwas druckempfindlich, Genitalien voll Blut, fötider Abgang. Nach Säuberung der Genitalien und Kürzung der Schamhaare fand ich einen nicht blutenden Dammriß 2. Grades, hinter der Rima Blutklumpen, nach deren Entfernung die Scheide ausgefüllt von einem faustgroßen rauhen Tumor, der sich bei der Untersuchung als der völlig invertierte Uterus erweist. Ich beschloß, wenn möglich, den Uterus zurückzustülpen[1]. Chloroformnarkose. Dehnung des Trichters, der fest zusammengezogen ist, recht schwierig, sie gelingt erst dadurch, *daß der helfende Kollege und ich jeder zwei Finger von oben in den Trichter haken und nach entgegengesetzten Richtungen ziehen, während die innere Hand den Uterus stützt und festhält.* So gelingt die Dehnung so weit, daß die innere Hand etwas Korpuswand durch den Schnürring nach oben bringen kann. Doch fällt dieser Wandteil immer wieder zurück, sobald er nicht mehr von der inneren Hand festgehalten wird. *Ich ließ deshalb den Kollegen die Faust oberhalb des Uterus legen, so daß der Uterus nicht nach oben entweichen konnte, und griff mit meiner äußeren Hand, die schlaffen Bauchdecken und die Vagina anterior weit vorstülpend, von unten her durch den Cervixschnürring. So konnte ich mit der äußeren Hand den von der inneren hochgeschobenen Korpuswandteil zurückhalten, die innere Hand schob weitere Teile nach, und so gelang die völlige Zurückstülpung des Uterus.* Blutverlust hierbei gering. Gründliche Auswaschung der Uterushöhle mit Lysollösung; Jodoformgazetamponade.

Für die nächsten Tage empfahl ich Kochsalzinjektionen, kräftige Ernährung und mäßige Alkoholdarreichung. Über den weiteren Verlauf habe ich dann nur erfahren, daß die Puerpera nach 5—6 Tagen gestorben ist.

Bei der Behandlung der Inversio wird man, wenn nicht besondere Gründe dagegen sprechen, zunächst immer die Wiedereinstülpung der Gebärmutter erstreben. So leicht diese Operation in frischen Fällen[2] ist, so schwierig wird sie in älteren. Die Schwierigkeit liegt in der Straffheit des umschnürenden Cervixgewebes und darin, daß man zur unmittelbaren Erweiterung des Trichters nur eine Hand zur Verfügung hat, da die andere von der Scheide aus den Uterus stützen muß. Durch die Anwendung der oben angegebenen Handgriffe, unter Hinzuziehung eines Assistenten, wird es meines Erachtens gelingen, den Uterus auch bei etwas älteren Fällen noch zurückzustülpen, bei denen man allein nicht zum Ziele kommt. Besondere Gefahren sehe ich bei dieser Technik nicht, da die Kraft, mit der die Cervix auseinandergezogen wird, durch Tast- und Druckgefühl sich begrenzen läßt und die Cervix in den ersten Tagen des Puerperiums noch so dehnbar ist, daß sie auch einem stärkeren allmählichen Druck nachgibt, ohne zu zerreißen. Das Zurückhalten der reinvertierten

[1] Ich benutzte hier, wie bei allen geburtshilflichen und gynäkologischen Eingriffen, Gummihandschuhe.

[2] Ich habe 1893 als Assistent W. A. Freund's Gelegenheit gehabt, eine frische Inversio uteri zu sehen bei einer Pluripara, die ohne ärztliche Hilfe niedergekommen war. Die Hebamme hatte wegen Blutung im III. Abschnitt um Hilfe gesandt, ich fand den Uterus invertiert vor der Vulva liegen, die Placenta noch zum großen Teil anhaftend. Die Zurückstülpung gelang leicht und schnell durch Einsetzen der vollen Faust in den Fundus und Druck nach hinten und oben. Der Blutverlust war aber so beträchtlich gewesen, daß die Frau starb, bevor ich ihr eine subkutane Kochsalzinfusion machen konnte. Über die Entstehung der Inversio ließ sich nichts Sicheres ermitteln.

Teile durch die äußere, Bauchdecken und Scheide vorstülpende, Hand hat sicher nichts bedenkliches, für die Placentarstelle ist diese Behandlung in demselben Maße schonend, wie die Zurückstülpung bei noch haftender Placenta.

Die Vorhersage der Inversio uteri ist bekanntlich wenig günstig. Ein Teil der Frauen erliegt unmittelbar dem Blutverluste, nicht wenige einer Infektion oder beidem. Es kommt deshalb für die Bekämpfung der Infektion auch die Erwägung eines radikalen Vorgehens in Betracht. Ich habe mir hier, bei den peritonitisch-septischen Erscheinungen auch die Frage vorgelegt, ob ich nicht lieber den Uterus entfernen sollte. Ich habe es unterlassen, weil die Erfolge dieser eingreifenden Behandlung der puerperalen Sepsis noch recht unsicher sind, und auch die äußeren Verhältnisse für einen solchen Eingriff nicht günstig lagen, mir deshalb einen Versuch in dieser Richtung nicht zu rechtfertigen schienen. Auch hoffte ich durch Jodoformgazebehandlung nach gründlicher Spülung eine Reinigung des Cavum uteri einigermaßen zu erreichen und durch subkutane Kochsalzlösungen usw. die begonnene Infektion in Schranken halten zu können. Diese Hoffnung war trügerisch. Ob auf dem anderen Wege mehr zu erreichen war, ist schwer zu sagen.

Über die Entstehung der Inversio uteri steht soviel fest, daß nötig ist

1) eine Erschlaffung des Uterus,
2) irgendeine Kraft, sei es Druck oder Zug,

die den Fundus nach abwärts stülpt.

Die Einzelheiten dieser Vorgänge sind noch vielfach umstritten und zum Teil schwer erklärlich.

So fehlt uns zum ersten Punkt eine sichere Erklärung, warum die Inversio sich gerade bei Iparae verhältnismäßig häufig findet, da wir doch die Schlaffheit des Uterus häufiger bei Multiparen finden. Daß Frauen, die eine Inversio überstehen, später nicht mehr konzipieren, ist zu unwahrscheinlich, als daß dies zur Erklärung dienen könnte. Bei späteren Geburten scheint der Uterus aber weniger zur Inversio zu neigen, sonst würde wohl auch einmal ein Fall von wiederholter Inversio uteri mitgeteilt sein, wovon mir nichts bekannt ist. In einem Teil der Fälle mag die Wiederholung der Inversio verhütet sein durch sorgfältige Überwachung des Uterus, die mir für die Verhütung der Umstülpung wertvoll erscheint, doch gibt auch diese Erwägung keine befriedigende Erklärung für die starke Beteiligung der Primiparae, weil wir die Erschlaffung des Uterus in viel ausgedehnterem Maße bei Multiparen kennen. Es müssen also noch andere Ursachen mitspielen, deren Erkennung noch aussteht.

Über die Kraft, welche den schlaffen Uterus umstülpt, gehen die Meinungen stark auseinander. Gewöhnlich unterscheidet man eine gewaltsame (durch irgendwelche Kunsthilfe herbeigeführte) und eine spontane (nicht durch äußere Einwirkung bedingte) Inversion. Welche Form häufiger ist, läßt sich trotz der großen Zahl von Mitteilungen

schwer entscheiden, da bei den meisten Geburten der Zeitabschnitt, wenigstens in welchem die Inversio sich ereignet, nicht sorgfältig oder auch gar nicht beobachtet wurde. Auch sind die meist von Hebammen gemachten Angaben mit einiger Vorsicht zu verwerten, da sie gewiß zuweilen durch die Angst vor Vorwürfen oder Strafen beeinflußt wurden. Auf der anderen Seite sind die Ärzte nach der entgegengesetzten Richtung beeinflußt, da man in früheren Zeiten noch viel mehr als heute die Entstehung durch äußere Gewalt als Regel ansah. Ein verhängnisvolles Beispiel dieser Auffassung gibt der von Battlehner[3] mitgeteilte Fall, in dem eine als tüchtig geltende Hebamme in einer Instanz wegen fahrlässiger Tötung verurteilt wurde, obwohl sie jeden Eingriff ihrerseits bestimmt in Abrede stellte und ihr ein solcher auch nicht nachgewiesen wurde, dabei war die Kranke gar nicht an der Inversio zugrunde gegangen, sondern an Sepsis nach einer Köliotomie, die 4 Monate später zwecks Reinversion vom Abdomen aus vorgenommen wurde. Das Urteil stützte sich auf ein ärztliches Gutachten, das, ohne irgendwelchen tatsächlichen Anhalt, einen starken Zug an der Nabelschnur als Ursache der Inversio hinstellte. Auf Grund eines anders lautenden Obergutachtens wurde jenes Urteil allerdings wieder aufgehoben, aber wir sehen doch, welchen Anteil man in ärztlichen Kreisen der äußeren Gewalt für die Entstehung der Inversio zuschrieb, und es ist zu verstehen, wenn die Berichte über solche Fälle eine persönliche Färbung tragen. Bei der Frage: hat die Hebamme gedrückt oder nicht? wird meist in dubio contra ream entschieden. Die persönliche Färbung der Berichte[4] macht die Entscheidung schwer, ob die spontane oder violente Form der Inversio häufiger ist. Meines Erachtens wird der vorurteilsfreie Leser den Eindruck mitnehmen, daß die Inversion häufiger ohne äußere Gewalt zustande kommt, eine Auffassung, zu der auch die Statistik Beckmann's[5] führt. Die von Vogel[6] vertretene gegenteilige Auffassung wird durch seine Statistik nicht gesichert. Die Zusammenstellung Vogel's ist sehr subjektiv und zum Teil ungenau und unrichtig, so daß sie für diese Frage nicht zu verwerten ist[7].

---

[3] Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1888. Bd. II. p. 319—322.

[4] In Frommel's Jahresbericht finden sich die Literaturnachweise unter den Abteilungen: Pathologie des Uterus, Pathologie der Geburt und Gerichtliche Geburtshilfe.

[5] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1895. Bd. XXXI. p. 371—401.

[6] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. Bd. XLII. p. 490—525.

[7] Einige Anmerkungen zu Vogel's Statistik mögen diese Beurteilung erläutern. Fall IV ist aus der Zusammenstellung Reimann's im Archiv für Gynäkologie Bd. XI, p. 215 entnommen. Außer diesem Falle (Nr. 28) hat Reimann noch sechs weitere Fälle von Inversio (Nr. 27, 40, 45, 49, 58, 64) angeführt, die von Vogel nicht berücksichtigt werden.

Fall V, von Schwarz, Archiv für Gynäkologie Bd. XV, p. 107 wird als Inversio aufgeführt, obwohl Schwarz wiederholt betont, daß hier keine Inversion vorlag — der Uterus war von der Hebamme nichtinvertiert herausgerissen.

Bei Fall VII schreibt Vogel: »Wurde entbunden«, nicht angegeben wie. Auch

Aus der Literatur läßt sich, wenn man sie vorurteilslos durchgeht, sicher nicht ersehen, daß die Inversio durch Anwendung äußerer Gewalt zu entstehen pflegt. Es werden indes noch andere Begründungen für die Entstehung durch äußere Gewalt herangezogen. So von J. Veit, daß die Inversionen jetzt seltener sind als früher. Ich weiß nicht, ob das richtig ist und ob die auch jetzt nicht gerade seltenen Mitteilungen von Inversionen nur einer Steigerung des Mitteilungsbedürfnisses entsprechen; jedenfalls aber würde man die Annahme J. Veit's auch auf andere Weise erklären können. — Man könnte sie ebenso erklären wie die Beobachtung, daß die Inversio ungemein selten in Entbindungsanstalten beobachtet wird. Das Mißverhältnis zwischen klinischen und außerklinischen Inversionen ist zwar etwas geringer, als es zunächst scheint, da der Prozentsatz der klinischen Geburten gegenüber den anderen auch kein hoher ist — auf eine Anstaltsgeburt kommen 63,5[8] Geburten außerhalb —, aber der Unterschied ist doch noch groß genug, um nach einer anderen Begründung zu suchen. Die übliche Annahme ist, daß die außerklinischen Geburten weniger sachgemäß geleitet werden, und daß im III. Abschnitt öfter vom Abdomen gedrückt oder auch an der Nabelschnur gezogen wird, und daß demnach das häufige Vorkommen der Inversio außerhalb der Entbindungsanstalten für die Entstehung durch äußere Gewalt spricht.

Ich halte diesen Schluß nicht für richtig. Zweifellos wird in Entbindungsanstalten die Nachgeburtszeit sachgemäßer geleitet als

---

vom Alter steht: nicht angegeben — dabei schreibt Kulp, daß die 19jährige Ipara nach 6stündiger Geburtsdauer leicht von einem lebenden Kinde entbunden wurde.

Zu Fall VIII bemerkt Vogel: Druck in der Wehenpause? obwohl der betreffende Bericht gar keinen Anhaltspunkt zu dieser Vermutung gibt.

Bei Fall XIII, Archiv für Gynäkologie 1885, nicht 1886 wie Vogel anführt, wird die Angabe unterlassen, daß die Hebamme bestreitet, an der Nabelschnure gezogen oder stark auf den Fundus gedrückt zu haben.

Bei Fall XVIII schreibt Vogel: Manuelle Entfernung der »in der Scheide liegenden Placenta«, nachdem vorher am Nabelstrange gezogen war. Dieser Darstellung liegt folgender Text zugrunde: »Die Geburt dauerte ungefähr 12 Stunden und war keine schwere. Die schon 40 Jahre ihren Beruf ausübende, durchaus unbescholtene Hebamme nahm (wie sie angibt) etwa $1^1/_2$ Stunden später, nachdem sie sich überzeugt hatte, daß der Mutterkuchen gelöst war und mit seiner glatten Fläche in der Scheide lag, die Nachgeburt durch den inneren Handgriff heraus, indem sie die Nabelschnur um die eine Hand wickelte und mit zwei Fingern der anderen an der Schnur hinauf in die Scheide ging.

Weder während, noch nach der Geburt haben sich Blutungen eingestellt usw.«

Es ist dies der obenerwähnte Fall von Battlehner. Diese Beispiele mögen genügen.

[8] Ich habe diese Zahl aus Angaben, die mir Herr Med. Rat Bockendahl gütigst zur Verfügung stellte, berechnet. Nach dem Statistischen Jahrbuche für den Staat Preußen betrug für die Jahre 1901, 1902, 1903 die Zahl der Anstaltsgeburten 18849, 20082, 21034, die Gesamtzahl der Geburten im Staate 1301191, 1295914, 1274666. Das macht für die 3 Jahre zusammen ein Verhältnis von 59965 zu 3871771 = 1,54% Anstaltsgeburten auf die Gesamtzahl der Geburten berechnet, und es ist demnach von 64,5 Geburten 1 eine Anstaltsgeburt.

außerhalb. Aber gerade weil diese Vorgänge besser überwacht werden, wird eher mehr am Abdomen gedrückt als außerhalb, wo die Hebammen häufig im III. Abschnitt die Kreißende sich selbst überlassen und das Kind baden. Neigt der Uterus zur Erschlaffung und wird diese nicht im Beginne durch die überwachende Hand bekämpft, dann kann es zur völligen Atonie des Uterus kommen, und dann genügt auch ein leichter Druck von oben, die Anwendung der Bauchpresse, vielleicht auch schon die Schwere der Placenta mit oder ohne Bluterguß, um das Korpus nach unten zu drängen und durchzustülpen. Oder die Inversion wird vollendet durch die Hebamme, die nach dem Uterus greift, um die eingetretene atonische Blutung zu stillen. Diesen Eingriff kann man aber nicht als äußere Gewalt bezeichnen in dem üblichen Sinne, daß diese Gewalt eine zu starke, unerlaubte sei, denn der Griff nach dem Uterus ist durchaus sachgemäß, er kommt nur zu spät.

Stellt man sich die Entstehung der Inversio in dieser Weise vor, so werden die Einzelmitteilungen über diesen Vorgang verständlich, ohne daß man nötig hat, schlechterdings einen gewaltsamen, ungehörigen Eingriff auch gegen glaubhafte Aussagen anzunehmen. Die Erklärung, warum die Inversionen so selten in Entbindungsanstalten vorkommen, ergibt sich nunmehr daraus, daß in diesen Anstalten der Nachgeburtsabschnitt besser überwacht und eine Atonie im Beginn bekämpft wird, so daß die stärksten Grade der Atonie, die zur Inversio führen, nur äußerst selten zur Entwicklung kommen. Diese Erklärung würde auch für die obenerwähnte Annahme J. Veit's Verwendung finden.

Daß bei der Entstehung von Inversio die Atonie die Hauptrolle spielt, wird auch bezeugt durch den ungewöhnlich hohen Prozentsatz von Inversionen bei Sarggeburten, bei denen es sich wohl immer um hochgradige Erschlaffung des Uterusgewebes handelt, da die austreibende Kraft zu suchen ist in Fäulnisgasen, nicht etwa in Uteruskontraktionen, wie Reimann[9] für einen Teil der Fälle annimmt.

Daß auch durch ungehörige Eingriffe von oben oder unten Inversionen verursacht werden, steht außer allem Zweifel, aber diese Fälle sind seltener. Ich fasse die Ätiologie der Inversio uteri so auf, daß die Atonie die erste Rolle spielt, und daß die äußere Gewalt eine wesentlich geringere Bedeutung hat. Dadurch ergibt sich auch für die Prophylaxe eine wichtige Forderung: Die Hebammen müssen eindringlich auf eine sachgemäße und sorgfältige Überwachung des III. Geburtsabschnittes hingewiesen werden und besonders darauf, daß sie erst nach völliger Beendigung der Geburt sich mit dem Kinde beschäftigen.

---

[9] Archiv für Gynäkologie 1877. Bd. XI. p. 215—255.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenanstalten.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 13. Juli 1906.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: Herr P. Strassmann.

1) Herr Stoeckel stellt eine Pat. mit sehr großer Blasen-Scheidenfistel vor. Die Blasenwand ist durch die Fistel hindurch bis vor die Vulva prolabiert und ragt als überwalnußgroßer, leuchtend roter Tumor zwischen den Schamlippen hervor. Die Ätiologie ist die gewöhnliche: Verschleppte Geburt bei einer Primipara. Das Kind wurde zudem, trotzdem es bereits abgestorben war, mit der Zange entwickelt, anstatt daß es perforiert wurde. Als Operationsmethode zur Heilung des enormen Defektes — es ist der ganze Blasenboden, die ganze vordere Scheidenwand und ein Teil der Harnröhre nekrotisch zugrunde gegangen — wird das Verfahren von Wolkowitsch-Küstner empfohlen. Die Technik wird kurz skizziert.

Diskussion: Herren Olshausen, Koblanck, Stoeckel.

2) Herr Olshausen zeigt die Organe einer an Syncytiommetastasen gestorbenen Pat. (Hirn- und Lungenmetastasen).

I. Herr Hocheisen hält den angekündigten Vortrag: Über Geburten unter Skopolamin-Morphium.

Die Skopolamindarreichung beginnt in die Tagespresse einzudringen. Man sollte aber glauben, daß die große Gefährlichkeit des Skopolamins, seine Unbeständigkeit und seine verschiedene Wirkungsweise es verbieten würden, es be normalen Geburten zur Schmerzlinderung anzuwenden. Alle, die es früher angewandt, Augenärzte, Psychiater, Operateure, haben seine große Giftigkeit kennen und fürchten gelernt. Trotzdem, und obgleich bei Dosen bis 0,0003 herab zahlreiche Todesfälle betont sind, hat es von verschiedener Seite Eingang gefunden, besonders die Freiburger Klinik hat es angewandt und hält es für ein segensreiches, für Mutter und Kind absolut ungefährliches Mittel. In der Bumm'schen Klinik sind deshalb Versuche gemacht worden, und zwar mit Dosen, die kleiner waren als die von Gauss in der Freiburger Klinik angewandten. Die Nebenerscheinungen waren bei 100 Geburten dieselben wie sie Gauss auch gefunden hat; während er sie aber für indifferent hält, erachtet sie H. für so schwerwiegend, daß von einer Einführung in die Praxis, von einer Unschädlichkeit keine Rede sein kann. Er hat 10 Erst-, 30 Mehrgebärende, 97 Schädellagen, 3 Steißlagen eingespritzt. 15mal wurde 0,0005 Skopolamin + 0,01 Morphium nicht überschritten, die Geburtsdauer schwankte zwischen 15 Minuten und 19 Stunden. Eingespritzt wurde nur bei im Becken feststehendem Kopfe, nahezu ganz verstrichener Cervix und mindestens 5markstückgroßem Muttermunde. Die Wirkung war negativ in 18%, gering in 21%, in 55% gut und 5mal vollkommen bis zu völliger Amnesie. Subjektive Nebenwirkungen waren in 70%. Die Wehen wurden einige Male besser, in 21% aber bedeutend verschlechtert, 3mal hörten sie ganz auf. Die Bauchpresse war 24mal beeinflußt, davon 5mal sehr stark, und 4mal blieb sie ganz außer acht. Es wurden 6 Zangen angelegt aus Indikation für das Kind. In 50% ist die Geburtsdauer durch Skopolamin bedeutend verlängert, zum Teil ganz enorm. In der Placentarperiode fällt verzögerte Lösung der Placenta und Neigung zu Blutungen auf; vielleicht ist auch die Rückbildung im Wochenbett etwas verzögert. Herz- und Nierenleiden sind eine absolute Kontraindikation, der Puls bei gesunden Frauen wird häufig verlangsamt. Die Kinder kamen in 18% vergiftet zur Welt mit verminderter Reizbarkeit des Atemzentrums, 15% waren asphyktisch infolge der langen Geburtsdauer. Einzelne Todesfälle der Kinder sind nicht ganz ohne Mitwirkung des Skopolamins eingetreten. Das Skopolamin darf unter keinen Umständen für die Praxis geeignet erklärt werden, vor allen Dingen, weil der Arzt eine mit Skopolamin behandelte Frau unter keinen Umständen verlassen darf, bis

2 Stunden nach Ausstoßung der Placenta, ebensowenig ein Kind mit Vergiftungserscheinungen.

(Ein Aufsatz mit Einzelheiten erscheint in der Münchener med. Wochenschrift.)

Diskussion: Herr v. Bardeleben berichtet, daß die allerersten Versuche, die er auf Anregung von Geh.-Rat Bumm in der Bumm'schen Klinik als Assistent ausführte, einen günstigen Eindruck machten, abgesehen von den unangenehmen Nebenwirkungen, die auch späterhin selten fehlten: Durst, Trockenheit im Schlund und — vielleicht infolge des dadurch bedingten überreichlichen Wassergenusses — häufig Übelkeit und Erbrechen. Als erster Nachteil dokumentierte sich die unberechenbare Unregelmäßigkeit der Wirkung, die Häufigkeit des Versagens (unter 60 Fällen rund $1/3$). Es zeigte sich ferner eine schädliche Beeinflussung des Uterus und der Bauchmuskulatur. Die Wehentätigkeit wurde durch genaue tabellarische Aufstellungen geprüft. Sobald die Skopolaminwirkung sich dokumentierte, wurden die Wehenpausen erheblich verlängert, die einzelnen Kontraktionen verloren an Intensität und hatten keine eigentliche Akme: sie wurden flacher, schwächer und seltener. Die lähmende Einwirkung auf die Bauchmuskulatur und damit auf die Bauchpresse konnte v. B. wiederholt demonstrieren: die Frauen verloren die zuvor vorhandene Fähigkeit, ihre Bauchpresse zu gebrauchen, die Muskeln anzuspannen, so daß sich dieselben während des energischen Versuches der Kontraktion in schlaffen Falten abheben ließen. Die hemmende Beeinflussung von Wehen und Bauchpresse führte zu erheblicher Verzögerung bis vor der Skopolamineinspritzung normal verlaufener Geburten, und es wurde hierdurch wiederholt eine indirekte Schädigung von Mutter und Kind bedingt: Fieber der Mutter nach 2—3tägigem Geburtsverlauf, intra-uterine Asphyxie des Kindes, die sechsmal zu operativer Beendigung der Geburt Anlaß gab. Es dokumentierte sich aber außer dieser indirekten gelegentlich noch eine direkte Schädigung von Mutter und Kind. Viermal sah v. B. Kinder nach Skopolamininjektionen zur Welt kommen, deren eigenartiges Verhalten sich nur aus einer direkten lähmenden Beeinflussung des Atemzentrums durch das Skopolamin erklären läßt. Sie waren rosig frisch, mit gutem Herzschlage, bewegten Extremitäten und Augen, waren also jedenfalls nicht asphyktisch, aber die spontane Atemtätigkeit kam nicht zustande. Es dauerte einmal $1/2$ Stunde, einmal $3/4$ Stunde, bis durch fortgesetzte künstliche Atmung die anatomische Atemtätigkeit in Gang kam. v. B. wendet sich mit Entschiedenheit gegen die Deutung dieses Zustandes als harmlose Erscheinung (Gauss).

Von 60 nach Skopolamininjektion geborenen, ausgetragenen Kindern sah v. B. eins bald nach der Geburt, eins 36 Stunden danach, offenbar unter Kombination von direkter und indirekter Skopolamineinwirkung zugrunde gehen. Der Umstand, daß unter seinen 60 Fällen von Skopolamingeburten dreimal schwere Uterusatonien in der Nachgeburtsperiode auftraten, legt es v. B. nahe, besonders im Hinblick auf seine Beobachtungen über die Beeinflussung der Wehentätigkeit, dem Skopolamin die Schuld beizumessen. Bei einem tödlich verlaufenen Falle von Nachgeburtsatonien läßt sich die Annahme einer direkten Schädigung durch das Skopolamin nicht von der Hand weisen. Der Blutverlust war kein sehr großer, $3/4$ Liter innerhalb 2 Stunden, und die Erscheinungen, unter denen die Frau starb, glichen nicht denjenigen bei akutem Verblutungstode. Die Benommenheit bei stark erweiterten Pupillen, die Oberflächlichkeit der Atmung, die Kleinheit und erhöhte Frequenz des Pulses, welche bereits vor der Entbindung bestanden hatten, nahmen nach der Geburt allmählich zu. Ohne daß sich Lufthunger oder Jaktation gezeigt hatten, hörte $1/2$ Stunde vor dem Tode die Atmung bei flatterhaftem Pulse völlig auf und konnte trotz aller Bemühungen nicht wieder in Gang gebracht werden. v. B. nimmt als Todesursache eine kombinierte Wirkung von Skopolamin auf das Atemzentrum und Blutverlust an, da die Anämie der übrigen inneren Organe nur mittleren Grades war, die Lungen hingegen sehr stark mit Blut angefüllt waren, ein Befund, der bei Erstickungstod häufig ist, jedoch auch bei akuter Anämie vorkommt. v. B. hält nach diesen Erfahrungen die Methode der Geburten im Skopolamindämmerschlafe für eine solche, bei welcher man nicht darüber diskutieren sollte, wie man sie am besten ausführt, sondern die man besser ganz unterläßt, da

sie geeignet ist, Mutter wie Kind gelegentlich direkt oder indirekt in Gefahr zu bringen.

Herr Gauss (Freiburg) bezieht nach den gemachten Angaben über die Kontrolle der Skopolamin-Morphiumwirkung die Mißerfolge Hocheisen's auf eine falsche Technik. Hocheisen gab anscheinend neue Injektionen, bis der Wehenschmerz nicht mehr apperzipiert wurde; da der Wehenschmerz sich aber dauernd wiederholt, so wird die Erinnerung an ihn immer wieder aufgefrischt, so daß es nie zur Amnesie des Wehenschmerzes als solchem kommen kann, wenn nicht direkt Bewußtlosigkeit eintritt. Das Charakteristische des Dämmerschlafes besteht aber nicht in der Bewußtlosigkeit, sondern in einer leichten Bewußtseinstrübung, die sich lediglich als nachträgliche Amnesie kennzeichnet. Eine richtige Dosierung ist daher nur die, welche allein auf der Prüfung der Merkfähigkeit basiert; G. glaubt nicht, daß Hocheisen dieses Haupterfordernis gebührend berücksichtigt hat.

Trotzdem von den nahezu 1000 Freiburger Skopolamingeburten ungefähr 70% in teilweisem oder vollkommenem Dämmerschlafe verliefen, wurden so zahlreiche und schwere, subjektive und objektive Störungen des Allgemeinbefindens und des Geburtsverlaufes nicht beobachtet.

Ein Teil der Nebenwirkungen Hocheisen's wird von G. ebenfalls auf Skopolaminwirkung bezogen, doch schuldigt er für sie die Nichtbefolgung seiner für die Dämmerschlafkontrolle angegebenen Vorschriften an.

Ein anderer Teil der beobachteten Störungen wird von Hocheisen auf Skopolaminwirkung bezogen, trotzdem ausreichende andere Erklärungen näher lagen.

Eklampsie wird in Freiburg nicht, wie Hocheisen anzunehmen scheint, mit Skopolamin geheilt, sondern, ebenso wie in Berlin, durch Accouchement forcé in Angriff genommen; die daneben gegebenen Skopolamininjektionen wirken lediglich reizabstumpfend. Außerdem wirkt das Skopolamin bei schon bestehenden Bronchitiden ebenso angenehm sekretionsvermindernd wie prophylaktisch, in demselben Sinne bei Inhalationsnarkosen.

Den ungünstigen Resultaten Hocheisen's werden noch einmal die günstigen Beobachtungen der Freiburger Statistik im einzelnen gegenübergestellt. Dabei ist zu bemerken, daß in der Freiburger Statistik Zahlen figurieren, die durch die ersten Versuche und das dabei gezahlte Lehrgeld erheblich schlechtere Resultate angeben, als sie nach neueren Skopolaminserien erzielt werden.

Am deutlichsten zeigt sich das an den Lebensfunktionen des neugeborenen Kindes. Während früher ca. 20% apnoisch geboren wurden, wurde diese relativ hohe Zahl durch größere Erfahrung und bessere Technik unter den letzten 120 Geburten auf 6% herabgedrückt.

Die Asphyxien mit der Apnoe resp. Oligopnoe gleichzusetzen, ist wohl nicht richtig, da sie im Sinne Hocheisen's keine »Vergiftung« darstellen; wie weit sie Folge einer durch das Skopolamin verschuldeten Geburtsverzögerung sind, hängt von der Güte der Dämmerschlafkontrolle ab. An der Apnoe zugrunde gegangen ist in Freiburg kein Kind, trotzdem man nur im Beginne der Versuche Wiederbelebungsversuche für nötig hielt.

Daß v. Bardeleben einer Dosis von 0,0003 g Skopolamin und 0,01 g Morphium den Tod einer Pat. zuschreibt, ist leichter gesagt als bewiesen; G. hat nach dieser geringen Dosis nie eine nennenswerte Wirkung gesehen, so daß lediglich eine Idiosynkrasie gegen Skopolamin-Morphium angenommen werden müßte, wenn man den Todesfall überhaupt auf das Narkotikum beziehen will. Der negative Sektionsbefund beweist wenig; beim plötzlichen Tod in Geburt und Wochenbett steht man auch ohne Skopolamin noch oft genug vor einem nicht aufzuklärenden Rätsel.

Daß die Skopolamingeburten in Freiburg genügend exakt beobachtet werden, beweisen die vorgelegten, nur für Skopolaminzwecke bestimmten Kurvenformulare; sie dienen zur genauen Prüfung der für den Dämmerschlaf wichtigen Faktoren: Aussehen, Herz- und Lungentätigkeit, Fortgang der Geburt, Schmerzäußerungen,

Bewußtseinszustand bei der Mutter, Lebensfunktionen vor und nach der Geburt beim Kinde.

Diese Beobachtungskurven ermöglichen dem Arzte bei gut geschultem Personal eine genaue Kontrolle des Dämmerschlafes zur Feststellung der wichtigen, bei jeder Pat. verschiedenen Dosierung; mit dieser exakten Kontrolle steht und fällt der Dämmerschlaf.

Herr Bumm: Als ich die Arbeit des Herrn Gauss las, habe ich mir ernstliche Vorwürfe gemacht, eine so vorzügliche Methode nicht früher kennen gelernt und bei den Frauen auf unserem Gebärsaal angewandt zu haben. Heute muß ich sagen, daß wir mit der Verzögerung nicht viel verloren haben. Die neue Narkose hat ihre Vorzüge und Nachteile wie alle anderen.

Herr Gauss hat den Grund unserer minder günstigen Resultate in der Verabreichung zu großer Dosen und in sonstigen Fehlern der Technik gesucht, wir haben uns aber genau an seine Vorschriften gehalten und eher kleinere Dosen gegeben als er. Der Mangel liegt nicht an uns, sondern an der Wirkung der kombinierten Narkotika. Es ist eben mit der Herabsetzung des Wehenschmerzes oft genug eine Verminderung der Energie der Wehen und der Bauchpresse verbunden, was sich jederzeit demonstrieren läßt. Ich halte die Anwendung eines so schweren Giftes, wie es das Skopolamin ist, für nicht wünschenswert und glaube, daß man die Methode auch dem praktischen Arzte nicht empfehlen kann, zumal er nicht stundenlang am Geburtsbette sitzen kann, was bei der Schwere der Vergiftung und der Möglichkeit einer Verzögerung der Geburt mit allen ihren Folgen nötig ist.

Herr Kownatzki war 2 Jahre Psychiater in Alt-Scherbitz und sah bei zahlreichen Skopolamineinspritzungen (0,0005—0,001), die er bei Geisteskranken machte, mehrfach sehr beunruhigende Erscheinungen von seiten des Herzens, besonders Unregelmäßigkeit des Pulses. K. glaubt, daß Skopolamin eine starke Giftwirkung auf das Herz hat. Seiner Meinung waren auch die anderen Ärzte jener Anstalt.

Herr Hocheisen (Schlußwort): Widerlegung von Einzelheiten hat keinen Zweck; es spinnt sich die Debatte nur vom wissenschaftlichen aufs persönliche Gebiet, wohin zu folgen H. nicht gesonnen ist. Wenn zwei Beobachter verschiedenes Urteil haben, entscheidet die Zukunft, d. h. ob das Skopolamin sich als schmerzherabsetzendes Mittel hält; wenn ja, hat Gauss recht, wenn nein, Vortr. Eine andere Einigung ist kaum möglich. Ungefährlich kann Skopolamin unter keinen Umständen genannt werden.

Neueste Literatur.

2) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVIII. Hft. 2.

1) O. Lehmann (Karlsruhe). Über Skopolamin-Morphiumanalgesie in der Geburtshilfe.

Bei einer Reihe von 70 ausgewählten Fällen, die sämtlich normale Entbindungen betrafen, wurde die subkutane Skopolamin-Morphiumallgemeinanalgesie in Anwendung gebracht. Sobald kräftige, schmerzhafte Wehen einsetzten, wurde die erste Injektion vorgenommen, dieser folgte, sobald erneut schmerzhafte Wehen einsetzten, frühestens aber nach 1 Stunde eine zweite, und event. nach weiteren 3 Stunden eine dritte Injektion. Die jedesmalige Dosis der Injektion enthielt in 1 g destilliertem Wasser gelöst 0,0003 Skopolaminhydrobrom. + 0,01 Morph. muriat.

45 Frauen erhielten zwei, 13 Frauen drei Injektionen und 12 wegen schnellen Geburtsverlaufes nur eine Injektion. Die Dauer der Geburten schwankte zwischen 43 Stunden und 1 Stunde.

Bezüglich der Beeinflussung des Wehenschmerzes bestand das Gesamtresultat darin, daß bei 61,6% der Gebärenden die Geburt völlig schmerzlos, bei 37% unter

erheblicher Linderung verlief, während nur in 1,4% eine Verminderung der Geburtsschmerzen nicht zu konstatieren war.

Von den 70 Kindern wurden 13,3% asphyktisch, 10% mit erheblicher Atmungsdepression und 76,7% lebensfrisch geboren. Die verhältnismäßig große Anzahl asphyktisch geborener Kinder ist als Folge toxischer Morphium-Skopolaminwirkung auf die Frucht durch Vermittlung des Placentarkreislaufes aufzufassen.

Was die Frage der Beeinflussung der Geburtswehen durch die Injektionen betrifft, so war das Ergebnis ein entschieden günstiges, indem Wehenschwäche nur in 16,3% der Fälle beobachtet wurde. In 25% trat sogar eine Beschleunigung der Geburt ein, und in 58,7% blieb die Beschaffenheit der Wehen durchaus unverändert.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Methode als eine schätzenswerte Bereicherung der uns zum Zwecke der Linderung bzw. Ausschaltung der Geburtsschmerzen zur Verfügung stehenden Mittel zu betrachten ist. Ein erheblicher Nachteil der Methode liegt in dem vermehrten Auftreten von Asphyxien der Kinder. Es ist daher ihre Anwendung vorerst lediglich auf die geburtshilflichen Anstalten zu beschränken.

2) L. Aschoff. Das untere Uterinsegment.

Die noch immer in der Frage des unteren Uterinsegmentes vorhandenen Meinungsverschiedenheiten sind in letzter Linie darauf zurückzuführen, daß die einzelnen Autoren unter Cervix etwas Verschiedenes verstanden wissen wollen, weil eine exakte Umschreibung für das untere Uterinsegment bisher nicht existiert.

Der makroskopischen Trennung des Uterus in zwei Abschnitte, Korpus und Cervix mit der Grenze am makroskopisch bestimmten Orific. int. anatomicum, ist eine mikroskopische Trennung in drei Abschnitte gegenüberzustellen: Cavum uteri mit reiner Korpusschleimhaut, oberes Drittel des Cervicalkanales mit korpusähnlicher Schleimhaut, vom Verf. mit Isthmus bezeichnet, und untere zwei Drittel der Cervix mit typischer Cervixschleimhaut = Cavum cervicis. Cavum uteri und Isthmus werden durch das Orific. int. anatomicum = Orific. int. uteri nach altem Sprachgebrauche, Isthmus und Cavum cervicis durch das Orific. int. histologicum = Orific. int. cervicis voneinander geschieden. Eine beigefügte schematische Zeichnung erläutert höchst anschaulich diese Verhältnisse.

Bei dieser Dreiteilung des Uterus entspricht der Isthmus dem unteren Uterinsegment. Bei eingetretener Gravidität wird das Cavum uteri vollständig, der Isthmus in wechselnder Ausdehnung so weit vom Ei in Beschlag genommen, als er zur Eianhaftung (Bildung der Eikammer) verwertet wird. Die obere Grenze des unteren Uterinsegments, der Kontraktionsring, entspricht dem Orific. int. uteri, die untere Grenze liegt in der Mehrzahl der Fälle dicht oberhalb des Orific. int. cervicis, d. h. der Grenzscheide zwischen cervical- und korpusähnlicher Schleimhaut.

3) L. Mandl (Wien). Weitere Beiträge zur Kenntnis der sekretorischen Tätigkeit des Amnionepithels.

M. hat die von ihm in einer früheren Arbeit in dieser Zeitschrift beschriebenen und im Sinne einer sekretorischen Tätigkeit des Amnionepithels gedeuteten Erscheinungen an den Epithelien des Amnion in besonders ausgeprägter Weise dann nachweisen können, wenn an dem trächtigen Tiere vorher beiderseits die Nierenexstirpation ausgeführt und damit künstliches Hydramnion hervorgerufen worden war. 24—48 Stunden nach der Nierenexstirpation wurden der eröffneten Uterushöhle des trächtigen Tieres die zu untersuchenden Stücke des Amnion entnommen und in die Fixierungsflüssigkeit eingelegt; einige Untersuchungen wurden auch am lebensfrischen Amnion in seiner eigenen Amnionflüssigkeit ausgeführt. Aus dem Vergleiche der in derselben Weise behandelten Präparate des normalen und des vom künstlichen Hydramnion stammenden Amnionepithels ergab sich, daß bei letzterem die vom Verf. am normalen Amnionepithel beschriebenen morphologischen Eigentümlichkeiten in viel stärkerer, häufig sogar in exzessiver Weise vorhanden waren. Da nun zwischen dem Verhalten der Amnionepithelzellen und dem Hydramnion in diesen Fällen entschieden ein ursächlicher Zusammenhang

angenommen werden muß, so ist damit unzweideutig die sekretorische Tätigkeit des Amnionepithels bewiesen.

4) Ph. Kirchgessner (Würzburg). Vaginale Totalexstirpation bei totalem Vorfall des Uterus.

Die obige Operation wurde im Verein mit einer mehr oder minder ausgedehnten Scheidenresektion und Dammplastik, sobald eine solche erforderlich war, in der Würzburger Frauenklinik in der Zeit von 1892 bis April 1905 bei 40 Frauen ausgeführt. Noch in der Klinik starben nach der Operation drei Pat., wobei der Exitus nur bei einer als direkte Operationsfolge zu betrachten war.

Für die Dauerresultate ließen sich im ganzen 32 Fälle verwerten — 26mal fand eine Nachuntersuchung in der Klinik statt —, unter Ausschluß derjenigen Kranken, die in ihrer Heimat gestorben waren, ohne daß ein genauer Befund über den Zustand der Unterleibsorgane vorlag. Es ergab sich, daß bei 26 Frauen = 81,25% Dauerheilung erzielt war, während bei 4 Pat. = 12,3% ein teilweises, und bei 2 Pat. = 6,25% ein größeres Rezidiv zu verzeichnen war.

Bei der Nachuntersuchung waren seit der Operation einige Monate bis zu 11 Jahren verflossen, das Alter der Kranken lag in der Mehrzahl der Fälle zwischen 45 und 65 Jahren.

5) Offergeld (Marburg i. L.). Über das Vorkommen von Kohlehydraten im Fruchtwasser bei Diabetes der Mutter.

Eine 34jähr. Mehrgebärende erkrankte im 7. Graviditätsmonate bei starkem Hydramnion — Stand des Fundus am Rippenbogen — plötzlich an Coma diabeticum. Mit Hilfe des Bossi'schen Dilatators wurde die Cervix erweitert und die Blase gesprengt — Abfluß von 3500 ccm Fruchtwasser —, so daß die Entwicklung der bereits abgestorbenen Frucht und die Beendigung der Geburt sofort angeschlossen werden konnten. Wohl infolge der Besserung der Zirkulationsverhältnisse hob sich der Zustand der Mutter sofort; nach glatt verlaufenem Wochenbett wurde sie 14 Tage post partum der Behandlung des Internisten übergeben.

Der Tod des Kindes ist wahrscheinlich auf dieselbe unbekannte Ursache zu beziehen, die die Erkrankung der Mutter an echtem Diabetes hervorgerufen hat.

Bei eingehender chemischer Untersuchung wurden abnorme Bestandteile des Kohlehydratstoffwechsels nachgewiesen bei der Mutter im Harn und Blut, beim Kinde im Blut, dem Inhalte der Harnblase, in der Muskulatur und in der Leber, ferner im Fruchtwasser, in der Placenta und in den Gefäßen der Nabelschnur. Zugleich zeigte sich, daß der mütterliche Organismus lediglich die Fähigkeit verloren hatte, die Dextrose zu assimilieren, während der kindliche Körper in viel eingreifenderer Weise auch die übrigen Kohlehydrate durchaus abnorm verarbeitete.

Bezüglich der Therapie ist bei dem Zusammentreffen von Diabetes und Gravidität in jedem Falle von einer schablonenhaften Behandlung durch Einleitung des Abortes Abstand zu nehmen und vielmehr die Entscheidung von Fall zu Fall zu treffen; stets aber ist der Diabetes als eine höchst gefährliche unglückliche Komplikation der Schwangerschaft zu bezeichnen.

6) A. Scheib (Prag). Über intra-uterine Erysipelinfektion des Neugeborenen, gleichzeitig ein Beitrag zur Pathogenität peptonisierender Streptokokken.

Eine 36jähr. XIgebärende wurde wegen Stillstandes der Geburt bei Gesichtslage in die Klinik eingeliefert, nachdem bereits häufige innere Untersuchungen zur Infektion des Uterusinhaltes geführt hatten. Die Gesichtslage wurde durch intrauterine Handgriffe in Hinterhauptslage verwandelt, die bald nach vorgenommener Lageverbesserung zur spontanen Geburt eines asphyktischen, mit Erfolg wiederbelebten Kindes führte. Von einer linsengroßen Erosion aus, die an dem harten Gaumen des Kindes entstanden und mit keimhaltigem Genitalsekret infiziert worden war, entwickelte sich eine eitrige Gingivitis und sodann ein Erysipel der Gesichts- und Kopfhaut. Am vierten Tage post partum starb das Kind. Bei der Sektion wurden in den Lungen lobulär-pneumonische Herde und eine rechtsseitige Pleuritis festgestellt. Betreffs der Lungenaffektion läßt Verf. es unentschieden, ob sie als

eine Folge aspirierten Scheidensekretes oder als Metastase des Erysipels aufzufassen ist.

Bei der Mutter entwickelte sich eine schwere septische Endometritis, die im Verlaufe von 9 Tagen zur Heilung gelangte. Am vierten Krankheitstage waren aus dem mütterlichen Blute Streptokokken gezüchtet worden, die mit den Erregern des kindlichen Erysipels übereinstimmten. Außerdem waren in Sekretproben, die dem mütterlichen Uterus am fünften Krankheitstage entnommen waren, Streptokokken in Reinkultur gefunden worden. Diese Streptokokken unterschieden sich zunächst von den aus dem Blute der Mutter und dem Körper des Kindes Gezüchteten in sehr wesentlichen Punkten, nahmen aber im Laufe der Weiterzüchtung mit einem Male alle Merkmale jener an, so daß man wohl folgern muß, daß die Infektion der Kreißenden ursprünglich mit einem einzigen Streptokokkenstamme erfolgt ist, der, unter verschiedene äußere Einflüsse gebracht, in eine andere Varietät umschlug. Verf. schließt weiter, daß es sich bei der primären Infektion der Mutter um einen peptonisierenden Streptokokkus gehandelt hat, der bei seinem Aufenthalt im Uterus das Peptonisierungsvermögen einbüßte, um es nach mehrmonatiger künstlicher Weiterzüchtung wiederzuerlangen, während er im mütterlichen Blut und im Körper des Kindes in seinen ursprünglichen Charakteren erhalten blieb.

7) S. Gottschalk (Berlin). Über das Oberflächenpapillom des Eierstockes und seine Beziehung zum Cystadenoma serosum papillare.

Oberflächenpapillom und Cystadenoma serosum papillare werden nach heute allgemein geltender Anschauung als verschiedene Geschwulstarten angesehen. G. kommt zu einer anderen Auffassung auf Grund der folgenden Beobachtung.

Es handelte sich um eine 31jähr. steril verheiratete Pat. mit rechtsseitigem faustgroßen Adnextumor, der nach mehrmonatiger vergeblicher konservativer Behandlung durch Kolpokoeliotomia post. exstirpiert wurde. Makroskopisch bestand die Geschwulst in der Hauptsache aus untrennbar entzündlich verwachsenem Eileiter und Eierstock. Die sackartig erweiterte Tube war mit dünnflüssigem, gonorrhoischem Eiter gefüllt, der sich bei der Operation aus der nur oberflächlich verklebten lateralen Tubenöffnung entleert hatte. Am Ovarium konnte man lateral ein sich deutlich vom übrigen Eierstocksgewebe abhebendes Kystom unterscheiden, das an der unversehrten äußeren Oberfläche mit kleinen, grauweißen, spitzen, Kondylomen ähnlichen Papillen besetzt war. Die einkammerige, mit klarem Inhalt gefüllte Cyste ließ eine dem Becken aufsitzende, blumenkohlartige, papilläre Neubildung erkennen.

Mikroskopisch wurde nachgewiesen, daß die oberflächlichen Papillen auf papilläre Sprossungen des zylindrisch veränderten Oberflächenepithels zurückzuführen sind, und daß das Oberflächenpapillom als Matrix des Cystadenoma seros. papill. zu betrachten ist. Setzt die Ovarialsubstanz dem intraovariellen Proliferationsprozeß unüberwindlichen Widerstand entgegen, so bleibt es bei der Ausbildung des reinen Oberflächenpapilloms, anderenfalls kommt es wie in Verf.s Beobachtung zu einer Kombination beider Geschwulstlokalisationen, oder das Oberflächenpapillom wird in seiner Entwicklung gehemmt: es entsteht das reine Cystadenoma seros. papillare.

Ätiologisch ist es von Bedeutung, daß sich die Papillen an der Oberfläche des Eierstockes und daher auch die von ihnen abstammenden Papillen des Cystadenoms gerade und ausschließlich an der Stelle entwickelten, wo das Oberflächenepithel der Keimdrüse von dem aus der Tube ausfließenden gonorrhoischen Eiter bespült wurde, so daß wohl das Sekret der Tube als die zur Papillenbildung führende Schädlichkeit aufzufassen ist.

8) M. Hofmeier. Über die Möglichkeit der Einnistung des Eies über dem inneren Muttermund.

Bei der Entscheidung der Frage, ob das befruchtete Ei über dem inneren Muttermunde liegen bleiben und zur Entstehung einer Placenta praevia Anlaß geben könne, kommt es wesentlich auf die Größenverhältnisse der betreffenden Objekte, des befruchteten Ovulum und des Orific. int., an. Die Meinungen der einzelnen Autoren weichen in diesem Punkte weit voneinander ab. H. hält die

schematischen Zeichnungen der Einnistung des befruchteten Eies über dem Orific. int., wie sie Ahlfeld und Bumm in ihren Lehrbüchern geben, hinsichtlich der in Betracht kommenden Größenverhältnisse für falsch und bestreitet nach wie vor die Möglichkeit der Ansiedlung des Eies gerade über dem inneren Muttermunde. Um aber noch einmal seine diesbezüglichen Vorstellungen zu revidieren, hat Verf. bei sechs Uteri von Operationen und einigen Leichenuteri einen Querschnitt durch den Uterus in der angenommenen Höhe des inneren Muttermundes gelegt und, wenn die richtige Stelle nicht getroffen war, noch einige Parallelschnitte oberhalb und unterhalb dieser Stelle hinzugefügt. Die gefundene engste Stelle wurde naturgetreu kopiert und in der Arbeit abgebildet. Die Zeichnungen zeigen, daß in sechs Präparaten von den Uteris geschlechtsreifer Frauen eine ausgesprochene, mit Schleim gefüllte, makroskopisch sehr hervortretende Öffnung von verschiedener Ausdehnung vorhanden war, und daß, wenn auch in drei anderen Fällen der innere Muttermund mehr die Form eines feinen Spaltes hatte, trotzdem H.'s Vorstellung vom inneren Muttermunde als einem »Loche« nicht als unzutreffend bezeichnet werden kann. Verf. hält daher an seiner früheren Meinung fest, daß das befruchtete Ei sich unmöglich über der Öffnung des inneren Muttermundes ringsherum anheften und zur Entstehung der Placenta praevia Anlaß geben könne.

Scheunemann (Stettin).

---

3) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXIV. Heft 4.

1) E. Holzbach. Über den Wert der Merkmale zur Bestimmung der Reife des Neugeborenen.

Verf. stellte seine Untersuchungen an 31 nicht ausgetragenen Kindern an und zog zur Kontrolle ungefähr 200 ausgetragene Kinder hinzu. Neben dem Allgemeineindruck der Frucht wurde auf Größe und Gewicht, Entwicklung der Knorpel und Fingernägel, Vorkommen von Lanugo und Komedonen, Descensus testiculorum und Schluß der großen Labien, Insertion und Abfall der Nabelschnur und auf das Placentargewicht in erster Linie geachtet. Verf. hält es nicht für falsch, wenn man alle Kinder unter 50 cm Länge als nicht reif hinstellt. Wesentlich weniger brauchbar als Zeichen der Entwicklung, in gewissem Sinne ebenso brauchbar als Zeichen des Ausgetragenseins ist das Gewicht. Ein Körpergewicht unter 3 kg ist zwar kein Gegenbeweis, ein solches darüber aber ein Beweis für die Tatsache, daß das Neugeborene ausgetragen ist. In bezug auf die Verwertbarkeit der Befunde an Knorpel und Nägeln, Lanugo, Genitalien usw. glaubt Verf., daß das Fehlen aller dieser Zeichen ebensowenig beweisend gegen die Reife ist, wie ihr Vorhandensein etwas gegen die Unreife beweist. Komedonen fand Verf. bei allen nicht ausgetragenen Kindern. Auf die Ausbildung der Brustwarzen glaubt Verf. nach seinen Untersuchungen keinen Wert legen zu dürfen. Der Descensus testiculorum ist für die Frage, ob die Frucht ausgetragen sei, nicht zu verwerten, da er schon im 7. Monat eintreten kann. Mit der Bestimmung der Ausdehnung der großen Fontanelle hat Verf. sich nicht abgegeben, da sie sehr subtiler Messungen bedarf und somit für die Praxis nicht verwertbar ist. Dasselbe gilt von der Messung der Entfernung zwischen Processus xyphoideus und Nabel einerseits, Nabel und Symphyse andererseits. Daß der Nabelschnurrest bei reifen resp. ausgetragenen Kindern früher abgestoßen wird, als bei unreifen, gehört in das Reich der Fabel. Nach den Untersuchungen des Verf.s läßt sich wohl ein gewisses Durchschnittsgewicht der Placenta für reife und unreife Kinder angeben; das jeweilige Gewicht aber zur Altersbestimmung heranzuziehen, erscheint nicht statthaft. Die Ansicht, daß reife Kinder vielfach alsbald nach der Geburt Mekonium entleeren, vermag Verf. nicht zu teilen. In bezug auf Blutuntersuchungen hat Verf. kein Urteil, da er keine dahin gehenden Versuche anstellte. Dasselbe gilt in bezug auf die Verwertbarkeit der Knochenkerne zur Reife- und Altersbestimmung. Aus all den Untersuchungen des Verf.s geht hervor, daß allein aus dem Vorhandensein von »Reifezeichen« ein strikter Beweis gegen die Unreife der Frucht nicht zu führen

ist. Aber auch mit der Forderung, die Reifezeichen immer nur in ihrer Gesamtheit zu benutzen, schaltet man eine gewisse Fehlerquelle nicht aus. Der Fehler liegt darin, daß man einen Vergleichswert, den man als normal erkannt hat, in Beziehung setzt zu dem entsprechenden Wert des zu untersuchenden Kindes. Dieser zweite Wert ist aber nicht eindeutig, sondern von den ganz variablen äußeren Bedingungen abhängig. Als das beste Kriterium für die Reife eines Kindes glaubt Verf. das Verhältnis zwischen Schulter- und horizontalem Kopfumfang ansprechen zu müssen und verlangt für ein reifes Kind, daß der Schulterumfang über den horizontalen Kopfumfang hinausgeht.

2) L. Goth (Klausenburg). Über eine besondere Beckenform und über Ovarialbefunde bei Osteomalakie.

Verf. gibt zuerst eine genaue Krankengeschichte des Geburtsverlaufes bei einem Falle von Osteomalakie. Es handelte sich um eine 28jährige IVpara. Es wurde bei ihr wegen drohender Uterusruptur und Zeichen von Infektion die Geburt sofort nach Einlieferung in die Klinik durch Perforation des toten Kindes beendet. Der Tod der Wöchnerin erfolgte noch an demselben Tage infolge Myelitis diffusa und Pyelonephritis Im Anschluß an diese Krankengeschichte beschreibt dann Verf. genau das nach der Sektion präparierte osteomalakische Becken. In bezug auf die Einzelheiten derselben muß auf das Original verwiesen werden. Der Befund an den Ovarien war folgender: Ihre Größe war ungefähr normal. Histologisch wiesen sie in der Rindensubstanz auffallend wenig Follikel auf, dagegen recht häufig Follikel in den verschiedenen Stadien der Atresie. Die Marksubstanz war sehr gefäßreich, was jedoch bei der bestehenden Schwangerschaft kaum auffallend sein dürfte. Die Gefäße zeigten in ihren Wandungen sehr ausgesprochene hyaline Degeneration. In bezug auf die Menge des Hyalins in den Ovarien fand Verf. im Vergleich mit anderen Ovarien eine so geringe Vermehrung desselben, daß der Unterschied für die ersteren Ovarien kaum bezeichnend ist. Auffallend dagegen an den Eierstöcken war die geringe Zahl von Follikeln. Aus seinen Untersuchungen schließt Verf., daß die hyaline Entartung der Ovarien keine für die Osteomalakie spezifische Veränderung ist, und daß die unleugbare Rolle der Eierstöcke in der Pathologie der Knochenerweichung aus der erkennbaren hyalinen Degeneration nicht erklärt werden kann.

3) A. Goenner. Über Nerven und ernährende Gefäße im Nabelstrang.

Nach den Untersuchungen des Verf.s gehen vom Ganglion solare Nerven gegen die Gallenblase und der Art. hepatica entlang gegen die Porta hepatis. Zum Teil gehen sie in die Leber, zum Teil an die Vena cava infer. Zwei Äste verlaufen auf der Vena umbilicalis weiter und lassen sich auf derselben gegen den Nabelring hin verfolgen. In der Nähe des Nabelringes werden die Nerven so dünn, daß sie sich auch mit der Lupe nicht mehr verfolgen lassen. Der Versuch, die Vasa vasorum des Nabelstranges durch Injektion darzustellen, mißlang mehrfach; dagegen gelang es Verf. durch Aufschneiden sowohl der Venen wie der Arterien deutlich die Öffnungen der ernährenden Gefäße zu sehen. Die ersten finden sich schon in der Nähe des Nabels bei der Unterbindungsstelle. Durch Injektion von Venen und Arterien eines Nabelstranges mit Öl und Einlegen derselben in einprozentige Osmiumlösung konnte das Vorhandensein von Vasa vasorum an den Venen deutlich, an den Arterien jedoch nicht nachgewiesen werden.

4) A. Czyzewicz und W. Nowicki. Ein klassischer Fall von Chorioepithelioma malignum.

27jähr. Frau hat vor 4 Monaten abortiert und seitdem andauernd geblutet. Der Untersuchungsbefund bei der Aufnahme ergab: Uterus etwa mannsfaustgroß, teigig weich, nicht schmerzhaft. Innerer Muttermund geschlossen. Mäßiger Blutabgang. Rechtes Ovarium etwas groß. Die vorgenommene Curettage ergab Fetzen von weichem Gewebe, die mikroskopisch den Verdacht einer malignen Geschwulst auf Grund zurückgebliebener Eihautreste bestärkten. Die Blutungen blieben jedoch bestehen. Dasselbe Schicksal hatte eine zweite Curettage. Die operative Ent-

fernung des Uterus wurde beschlossen. Vor der Ausführung derselben trat jedoch eine starke innere Blutung auf, die zur sofortigen Laparotomie zwang. Die Blutung stammte, wie sich hierbei erwies, aus einer zackigen Perforationsöffnung in dem vergrößerten Ovarium. Wegen des schlechten Zustandes der Pat. wurde nur das Ovarium entfernt. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab: Chorioepithelioma malignum. Ehe zu der hierdurch bedingten Exstirpation des Uterus geschritten werden konnte, trat eine rechtsseitige, krupöse Pneumonie auf, die jedoch typisch verlief. Nach völligem Abklingen derselben Totalexstirpation des Uterus per vaginam. Glatte Genesung in der Anfangszeit; dann aber stellte sich Hämoptoe ein, und 1 Monat später starb Pat. an Kräfteverfall. Die Autopsie ergab eine Dissemination des Chorioepithelioms im ganzen Körper. Aus diesem Falle schließt Verf., daß die mikroskopische Diagnose eines Chorioepithelioma malignum in einzelnen Fällen fast unüberwindliche Schwierigkeiten bieten kann. Verf. folgert daraus, daß man in ähnlichen Fällen nicht immer erst eine exakte mikroskopische Diagnose verlangen soll, ehe man sich zur Exstirpation des Uterus entschließt. Viel mehr Wert solle man auf die klinischen Erscheinungen legen. Auf Grund seines Falles kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Das maligne Chorioepitheliom wächst und verbreitet sich rapid, so schnell, daß es auch bedeutende innere Blutungen veranlassen kann. Wahrscheinlich wachsen die Metastasen schneller, wie der materne Tumor. 2) Ein intra-uteriner Tumor, der nicht zerfallen und von glatter Oberfläche ist, kann bei der Curettage unbemerkt bleiben. 3) Bei der Diagnose des Chorioepithelioma malignum ist hauptsächlich auf klinische Symptome zu achten. Ein zweifelhafter oder negativer mikroskopischer Befund ist ohne Bedeutung. 4) Es ist angezeigt, möglichst frühzeitig die Gebärmutter, event. die inneren Genitalien per laparot., nicht per vaginam, zu entfernen. Hieran schließt Verf. dann einen genauen Bericht über den Sektionsbefund, speziell in bezug auf die histologischen Bilder, die das Chorioepithelioma lieferte, die im Original nachgelesen werden müssen.

5) H. Sutter. Totaler Uterusprolaps im 16. Lebensjahr.

18jähr. Nullipara hat mit 3 Jahren starken milchigen Ausfluß. Vor 3 Jahren trat bei schwerer Arbeit ein kleiner Knoten aus der Vagina heraus, der sich allmählich vergrößerte, so daß seit 2 Jahren ein totaler Prolaps besteht. Jetziger Status ergibt: schlecht ernährte, anämische Pat. Totaler Prolaps der Vagina; auf seiner Höhe der Muttermund. In ihm sind die Ligg. rot. und die Ovarien zu tasten und vor allem auch der kleine retroflektierte Uterus. Die Operation bestand in Amputation der hypertrophischen Portio, Colporrhaphia anterior und Alexander Adams'scher Operation. Nach 4 Wochen zeigte sich ein Rezidiv, indem die hintere Vaginalwand etwas vorfiel. Uterussondenlänge 3 cm. Es bestand Descensus und Prolaps der hinteren Vaginalwand. Die Vagina war wieder sehr weit geworden, der Uterus deszendiert, aber gut anteflektiert. Es wurde daher noch die Colporrhaphia posterior vorgenommen und durch Vereinigung der seitlichen Bindegewebs- und Muskelfasern, sowie der beiderseitigen Levatoren ein fester Damm gebildet. Die Pat. wurde gesund entlassen. Der Fall ist besonders insofern beachtenswert, weil gerade in dieser Altersperiode Vorfälle äußerst selten sind. Ätiologisch glaubt Verf. neben den allgemein ungünstig wirkenden Momenten der übermäßigen Anstrengung und der schwachen Konstitution vor allem den Infantilismus der Genitalien anschuldigen zu müssen. Durch Zusammenwirken dieser drei Momente entstand eine Insuffizienz des Beckenbodens; und der Circulus vitiosus wurde dann durch die Hypertrophie des vorgefallenen Uterus vollends geschlossen. Die Prognose ist in derartigen Fällen recht schlecht, ungünstiger als bei anderen ätiologischen Momenten. In bezug auf die Therapie legt Verf. Hauptwert darauf, einen festen Beckenboden, vor allem ein solides und dickeres Septum recto-vaginale zu bilden, wodurch der Raum zwischen Douglas und Damm breiter wird. Eine Fixation des Uterus in irgendeiner Art hiermit zu verbinden, ist nur nötig, wenn es sich um Retroflexion oder stark mobilen Uterus handelt; die Hauptsache ist aber die Herstellung eines verstärkten Septum recto-vaginale.

6) L. Gelpke (Liesthal). Myoma uteri, Carcinoma uteri, Galvanocauterisatio uteri, Cystoma ovarii, Ovariocystitis ex pedunculo torquato.

Verf. berichtet zuerst kurz über Ventrofixationen, Uterusexstirpationen, vaginale Radikaloperationen wegen Krebs des Corpus uteri und Myomotomien, die in dem Kantonspital Basel-Land zu Liesthal ausgeführt wurden. Zur Behandlung von Blutungen wegen Myom, unheilbarem Karzinom, aber auch von klimakterischen und endometritischen Blutungen wurde in den letzten Jahren mit Erfolg die galvanokaustische Uterussonde angewendet. Das Instrument ist eine an und für sich geringfügige Modifikation der bestehenden galvanokaustischen Brenner. Schmerzhaftigkeit rief das Verfahren nur in mäßiger Weise während und nach der Applikation hervor, welche durch Kokainanwendung event. ganz zu beseitigen ist. Die Blutungen waren oft schon bei der nächsten Periode auf die Norm zurückgegangen, in anderen Fällen wurde die Sonde mehrmals appliziert. Das auffallend häufige Auftreten der Stieldrehung von Ovarialkystomen schiebt Verf. auf eine Hausindustrie, die Seidenbandweberei, da diese Arbeiterinnen ca. 18000 kräftige Rumpfbewegungen am Tage machen.

7) Fuchs (Danzig). Erfolge und Mißerfolge der Atmocausis uteri.

Verf. legt seinem Bericht die Resultate von mehr als 163 Fällen zugrunde. Niemals hat er auch nur die leiseste Schädigung der Pat. beobachten können. Aber auch über das non nocere hinaus waren die Erfolge die denkbar günstigsten. Er konnte eine Heilungsziffer von 88,2% feststellen, was alle anderen Methoden bei weitem übertrifft. Bei 44 mit Sonde nachuntersuchten Fällen konnte Verf. nicht einmal eine Atresie feststellen; selbst bei den Frauen, die mit sofortiger Menopause auf den Eingriff geantwortet hatten. Auch die Rekonvaleszenz war stets eine gute. Den Hauptwert für einen günstigen Erfolg sieht Verf. in der richtigen Technik, wozu er besonders rechnet, daß keine metallenen Ansatzstücke in den Uterus eingeführt werden. Weiter ist es unbedingt erforderlich, in jedem Augenblick der Dämpfung zu wissen, wo die Rohrmündung steht. Jeder Dämpfung soll eine Abrasio vorausgeschickt werden, ebenso eine vollständige Blutstillung und Trockenlegung des Uteruscavums. Im Gegensatz zu Baisch hält Verf. es aber für richtig, Curettage und Dämpfung in einer Sitzung vorzunehmen. In bezug auf die Dampfspannung und Einwirkungsdauer glaubt Verf., daß man Dampf von 115—120° eine Minute und darüber hinaus einwirken lassen kann, wenn man die event. Obliteration des Uterus nicht zu scheuen hat. Hierauf berichtet Verf. über anatomische Befunde nach der Vaporisation. Aus diesen ergab sich, daß man am besten in zeitlichen und räumlichen Absätzen den Uterus von oben nach unten ausdämpft, unten aber $^1/_2$—1 cm oberhalb des inneren Muttermundes aufhört. Der Brandschorf kann lange im Uterus in seltenen Fällen zurückbleiben. Es genügt dann aber, durch die erneute Blutung dazu aufgefordert, eine Tamponade der Uterushöhle vorzunehmen. Der Grund für derartige Verschleppungen in der Regeneration resp. Vernarbung ist in einer tiefen und langdauernden Schädigung des Gewebes zu suchen. Das Hauptgebiet der Uterusvaporisation bleibt den Blutungen der Klimax vorbehalten. Diese Methode ist somit keinesfalls, wie Pfannenstiel sie bezeichnet, als »unsichere nekrotisierende Behandlungsmethode« zu verwerfen.

E. Runge (Berlin).

Verschiedenes.

4) T. Cohn (Königsberg i. Pr.). Heilung einer Nierenfistel nach Pyonephrotomie in der Schwangerschaft durch Ureterenkatheterismus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. Hft. 3.)

Bei einer Erstgeschwängerten wurde im 5. Monate der Schwangerschaft eine sehr große Pyonephrose inzidiert. Die Geburt ging zur rechten Zeit in normaler Weise vor sich. Aber der Harnleiter der kranken Seite wurde undurchgängig

und unterhielt eine Nierenfistel. Durch Sondierung des Harnleiters von der Blase aus und Durchspülung des Nierensackes wurde wieder Durchgängigkeit und Versiegen der Sekretion erzielt, und schließlich konnte die Nierenwunde durch Operation dauernd geschlossen werden. Der Nierenrest funktionierte wieder und entleerte normalen Harn in die Blase. **Calmann** (Hamburg).

5) **C. Adrian** (Straßburg i. E.). Ein neuer, operativ behandelter Fall von intermittierender cystischer Dilatation des vesikalen Ureterendes.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVIII. Hft. 3.)

Ein 26jähriges Mädchen leidet zunächst an Beschwerden, die auf Ulcus ventriculi hinweisen, allmählich aber stellen sich Symptome einer rechtsseitigen Wanderniere mit ausstrahlenden Schmerzen in die linke Seite mit cystischen Erscheinungen ein. In der linken Uretergegend erhebt sich alle 25—30 Sekunden eine kugelige, durchscheinende, mit glatter, glänzender Schleimhaut überzogene Geschwulst mit der Harnleitermündung auf der Kuppe, die bis zu einer gewissen Größe anschwillt und dann wieder zusammensinkt. Urin wird aus diesem Harnleiterende nicht entleert. Bei der Sectio alta findet sich eine kleinkirschgroße, gestielte, von geröteter Blasenschleimhaut überzogene Geschwulst, die bald schlaffer, bald praller wird. Sie wird inzidiert und ergibt sich als cystische Erweiterung des Ureters ohne Kommunikation mit der Blase. Die Ränder der Cyste werden mit feinem Catgut umsäumt, die Blase wird geschlossen. Die Pat. wird dauernd geheilt, der linke Ureter funktioniert wieder. Unter 52 Fällen aus der Literatur wurde 12mal die Diagnose intra vitam durch das Cystoskop gestellt, 40mal wurde die Affektion nicht erkannt oder erst an der Leiche festgestellt, 7mal trat sie doppelseitig auf. **Calmann** (Hamburg).

6) **Lennander** (Upsala). Über die Behandlung der akuten Peritonitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. Hft. 1.)

Die Operation soll früh ausgeführt werden, womöglich im präperforativen Stadium und vor Eintritt der Darmparalyse. Die Ursache der Entzündung muß ausgerottet werden. Bei Darmparalyse kommen eine oder mehrere Enterotomien zur Darmentleerung in Betracht, in verzweifelten Fällen die Resektion von 0,5 bis 2 m des gelähmten Darmes. Die infizierten Flächen müssen drainiert werden unter Absperrung des infizierten Bezirkes von dem gesunden. Die Absperrung wird bewirkt durch Tamponade mit Docht, zur Drainage dienen Bündel von 4 bis 8 dünnwandigen Röhren aus Kautschukstoff, den nicht mehr brauchbare, lange Operationshandschuhe liefern. Bei der Nachbehandlung müssen die Funktionen des Magen- und Darmkanals möglichst bald angeregt werden durch Magen-Darmspülungen und Enterostomien. Von subkutan anzuwendenden Mitteln verdient nur das Physostigmin Anwendung, das Strychnin dient nur als Herztonikum. Zufuhr einer Wassermenge von 1200—2000 ccm täglich ist nötig und erfolgt am besten durch das Rektum oder eine Schrägfistel am Coecum, sonst subkutan oder intravenös. Andere Nahrung als Traubenzucker kann nicht durch das Rektum gegeben werden. Durch Coecalfisteln kann man große Mengen peptonisierte Nahrung geben. Einige Tage kann man subkutan ernähren mit 100—200 g Olivenöl, 160 g Traubenzucker und 40 g Alkohol (2 Liter Kochsalzlösung, 8% Traubenzucker und 2% Sprit). Per os soll man nicht alzubald Nahrung zuführen. Geheilte Kranke müssen für geregelten Stuhl und verdauliche Diät sorgen.

Calmann (Hamburg).

7) **L. Imbert** und **F. Piéri** (Marseille). Über die Totalexstirpation des Uterus und der Vagina.

(Gaz. des hôpitaux 1905. November 30.)

Um speziell bei Karzinomoperationen Vagina und Uterus zu entfernen, schlagen Verff. folgendes Verfahren vor: Bei der Exstirpation der Vagina muß man unbedingt dieselbe an ihrem unteren Ende in der Breite von 2 cm bestehen

lassen. Die Operation beginnt mit der Ablösung der Vaginalschleimhaut in der Gegend der Vulva in einer Breite von ca. 3 cm. Eine erste Naht in Tabaksbeutelform zieht das abgetrennte röhrenförmige Stück der Vagina zusammen. Hierauf werden die Vaginalwandungen weiter abgetrennt und auf diese Weise die Scheide obliteriert. Hierdurch ist jegliche Gefahr der Infektion von unten her für die später anzuschließende Laparotomie ausgeschlossen. Hierauf erfolgt die Eröffnung der Bauchhöhle, Durchtrennung der Ligg. lata, wie bei der abdominalen Totalexstirpation. Hiernach ist es vorteilhaft, die beiden Artt. hypogastric. zu unterbinden, wodurch man einer Blutung bei der späteren vollständigen Ablösung der Vagina vorbeugt. Nun werden Peritoneallappen, wie bei der Totalexstirpation des Uterus, gebildet und vorn und hinten möglichst weit abgelöst. Sodann erfolgt die Abtrennung der beiden Vaginalstümpfe, wodurch man ohne große Schwierigkeiten an die Stelle gelangt, bis zu der die Vaginalschleimhaut von der Vagina aus abgelöst war. Hierauf können der Uterus und die Vagina in Zusammenhang entfernt werden. Die Wiederherstellung des Peritonealraumes geschieht nun in gewohnter Weise. Die Ureteren bleiben bei dieser Methode genau ebenso geschont, wie bei der abdominalen Totalexstirpation des Uterus, vorausgesetzt, daß sie nicht schon von den Tumormassen umwachsen sind. Dieses Verfahren eignet sich sehr gut in Fällen von Carcinoma uteri, das schon auf die Vagina übergegriffen hat. Sein Vorteil besteht in der weitgehenden gründlichen Entfernung der kranken Massen und der damit verringerten Gefahr eines Rezidivs. Nach vorausgeschickten Experimenten an der Leiche hat Verf. es an einer Lebenden versucht. Die Operation gelang glatt; die Kranke befindet sich zurzeit sehr wohl.

E. Runge (Berlin).

8) **N. M. Prosorowski.** Zur Frage über eine neue Methode der totalen Exstirpation einer karzinomatösen Gebärmutter mittels Laparotomie. (Modifizierte Wertheim'sche Methode.)

(Russki Wratsch 1905. Nr. 10 u. 11.)

Verf. untersuchte die Drüsen der von Dr. M. A. Strauch im Jahre 1901 und 1902 wegen Karzinom 15 operierten Frauen. In einem Falle war das Uteruskarzinom mit Schwangerschaft im 5. Monate kombiniert. Auf Grund seiner Untersuchungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) Bei Uteruskarzinom werden in den meisten Fällen die Beckendrüsen und die um die großen Gefäße liegenden Drüsen wahrscheinlich in der frühen Periode der Entwicklung des Prozesses makroskopisch verändert, groß und derb.

2) Auf Grund der makroskopischen Veränderung kann man nicht über die Entwicklung des Karzinoms urteilen, da bei mikroskopischer Untersuchung Veränderungen weniger als in der Hälfte der Fälle, wo die Drüsen makroskopisch verändert waren, gefunden werden.

3) Karzinom wird meistenteils in den nicht vergrößerten und makroskopisch unveränderten Drüsen nachgewiesen.

4) Irgendwelche Regelmäßigkeit in der Erkrankung dieser oder jener Gruppe der Drüsen je nach der Stelle der Erkrankung der Gebärmutter mit Karzinom wird nicht beobachtet.

5) Vergrößerung der Drüsen und Reichtum derselben an lymphoiden Elementen ist für den Organismus sehr günstig. Dank dieser Erscheinung kann der Organismus lange Zeit gegen Karzinommetastasen kämpfen.

6) Die Verbreitung des Prozesses im Uterus und Parametrium steht nicht im Zusammenhange mit der Verbreitung des Prozesses in den Drüsen.

7) In den Fällen der bedeutenden Verbreitung des Prozesses im Collum uteri wird auch das Parametrium ergriffen. Außer dem unmittelbaren Übergange des Prozesses vom Collum uteri werden im Parametrium in verschiedenen Stellen des Beckengewebes Karzinomherde von verschiedener Größe und Form nachgewiesen, deren Ursprung schwer zu finden ist. Es ist unbekannt, ob sie von den Drüsen, die vom Karzinom vernichtet wurden oder von den in das lymphatische Gewebe übertragenen Krebselementen sich entwickelten.

8) Zwischen Ort und Art der Erkrankung des Collum uteri und Ort der Erkrankung des Parametriums, sowie auch der Art der Verbreitung der Erkrankung in denselben gibt es scheinbar kein Verhältnis.

9) Das prä完ektale Gewebe und die Ligam. uterino-sacralia werden oft vom Karzinom begriffen.

10) Die Ureteren werden selten vom Karzinom betroffen, obwohl sie oft von den Krebsmassen begrenzt sind.

11) Bei dem Foramen obturatorium sind Lymphdrüsen vorhanden, die zum lymphatischen System des Uterus gehören. **M. Gerschun** (Kiew).

9) W. Knoll (Konstanz). Ein Beitrag zur Pathologie des Karzinoms der weiblichen Urethra.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. Hft. 5 u. 6.)

Eine 68jährige Frau erkrankt plötzlich an profusen Blutungen, als Ursache ergibt sich ein walnußgroßer Tumor, der rechts und unten vom Orificium externum an der Harnröhre sitzt. Er wird mit einem 2 cm langen Stück der Harnröhre entfernt. Die Schleimhaut des Urethralrestes wird mit der Vagina vernäht. Das auch funktionell gute Resultat wird $^3/_4$ Jahr nach der Operation bestätigt. Der Tumor war ein Drüsenkarzinom, das von den Urethraldrüsen ausgegangen war. Eine Literaturübersicht und zwei mikroskopische Tafeln schließen die Arbeit ab. **Calmann** (Hamburg).

10) N. Damianos (Wien). Über die Stieldrehung der Adnexe in Leistenbrüchen im frühen Kindesalter.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. Hft. 3 u. 4.)

Eine eigene Beobachtung und 20 Fälle aus der Literatur bilden das Material der Arbeit, von denen 5 Fälle jedoch unklar waren oder nur eine Stieleinklemmung zeigten. Der eigene Fall bot die Erscheinungen einer eingeklemmten Hernie. Den Inhalt der Hernie bildeten die torquierten Adnexe mit dem Lig. latum. Es handelte sich dabei um eine Drehung des Ovariums nach vorn über den Eileiter hinüber. Nach Abtragung der Adnexe wurde der Leistenkanal vernäht. Heilung trat ein. Die Entstehung solcher typischen Hernien ist folgende: In den angeborenen Leistenbruchsack wird das Ovarium des Neugeborenen sehr leicht durch den nahegelegenen abdominalen Leistenring gepreßt. Ihm folgt die Tube. Eine solche Hernie, sei sie reponibel oder fixiert, scheint meist beschwerdelos getragen zu werden. Die bedrohlichen Erscheinungen der Inkarzeration werden zumeist durch Stieldrehung, sehr selten durch Abklemmung des Stieles, hervorgerufen. Die häufigste Art der Drehung ist die oben beschriebene, die sogar in mehreren Windungen auftreten kann. Eine Drehung der Tube um das Ovarium ist nur einmal beobachtet worden. Die Ursache liegt nach der Payr'schen Theorie in Spannungsdifferenzen zwischen den wenig dehnbaren Gewebsteilen des Stieles und seinen sehr dehnbaren Venen, die eine übermäßige Füllung erst durch Erweiterung und Schlängelung paralysieren, bei übergroßer Spannung sich aber um den nicht dehnbaren Stielteil herumwinden. In sämtlichen Fällen war die Operation erfolgreich. **Calmann** (Hamburg).

11) W. Tauffer (Budapest). Ist der Uteruskrebs heilbar?

(Gynaekologia 1905. Nr. 1.)

T. ist ein eifriger Vorkämpfer im Kampfe gegen den Uteruskrebs. In seinem Vortrage weist er darauf hin, daß das frühe Erkennen des Leidens der einzige Weg zur radikalen Heilung desselben sei. Nach Beschreibung der Symptome referiert Verf. über die Enderfolge der 172 Radikaloperationen, welche an der II. Universitäts-Frauenklinik im Zeitraume von September 1881 bis Juni 1904 ausgeführt wurden. In der Statistik werden jedoch nur diejenigen Fälle als endgültig geheilt angeführt, welche 5 Jahre nach der Operation nachweisbar und gewiß am Leben und gesund sind. In Prozenten ausgedrückt, beträgt diese Zahl

44,05%. In noch ca. 8—10% der Fälle trat der Tod im 3.—5. Jahre nach der Operation ein. **Temesváry** (Budapest).

12) B. **Nádory** (Budapest). Kampf gegen den Gebärmutterkrebs.

(Orvosi hetilaps 1905. Nr. 30.)

N. empfiehlt das allgemeine Verteilen von Merkzetteln an die Frauen (»Mahnwort an die Frauen«), in denen sie auf die Wichtigkeit der Unregelmäßigkeit der menstruellen Blutungen, des Auftretens derselben im Klimax, sowie der ärztlichen (nicht Hebammen- oder Kurpfuscher-) Hilfe aufmerksam gemacht werden. Er meidet geflissentlich die Ausdrücke »Krebs« und »Operation«, um die auch sonst schon bestehende »Krebsangst« nicht noch mehr zu verbreiten.

Temesváry (Budapest).

13) **Mortier.** Polypöses Karzinom des Corpus uteri.

(Progrès méd. 1906. Oktober 2.)

50jährige Frau, die vor 20 Jahren einen Partus durchmachte, blutet seit 4 Jahren in unregelmäßigen Intervallen. Seit 5—6 Monaten sind die Blutungen ununterbrochen und seit einem Monat sehr erheblich. Der Allgemeinzustand ist gut. Bei der vorgenommenen Exstirpation des Uterus findet man in seinem Lumen einen nußgroßen, nicht ulzerierten Tumor, der breit in der Uteruswand sitzt und polypenartig in seine Höhle hineinragt. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergibt, daß er zum größten Teil aus wenig verändertem Bindegewebe besteht, in dem sich eine Reihe sehr veränderter cystischer Hohlräume findet. Einzelne von ihnen stellen den Sitz einer exzessiven Zellwucherung dar; sie sind von einem mehrschichtigen Epithel ausgekleidet, das sehr verschiedene Gestalt hat, hauptsächlich jedoch zylindrischen Charakter trägt. Einzelne dieser Hohlräume sind fast völlig von diesen Zellen erfüllt. Die Gefäßwandungen sind stark verdickt. Zellembolien finden sich nicht in ihnen. Es handelt sich also um Carcinoma corporis uteri, das aus Zylinderzellen zusammengesetzt ist und polypöse Form angenommen hat. **E. Runge** (Berlin).

14) **Potocki und Quinton.** Meerwasser zu subkutanen isotonischen Injektionen bei entkräfteten und zu früh geborenen Kindern.

(Gaz. des hôpitaux 1905. November.)

Verff. berichten über zwei weitere Fälle, in denen sie statt künstlichen Serums steriles Meerwasser subkutan entkräfteten und zu früh geborenen Kindern injizierten. Die Erscheinungen der Enteritis, Gastritis, des Ikterus und der Entkräftung nahmen schon 48 Stunden nach den Injektionen ab, um sich dann dauernd zu bessern. Der Gewichtsverlust, der bei den Kindern vor den Injektionen im Durchschnitt 41 g pro Tag betragen hatte, wandelte sich während derselben in eine durchschnittliche tägliche Zunahme von 18 g und von 30 g nach denselben um. Diese Zahlen sind aus 375 Beobachtungstagen gewonnen. Die injizierte Menge betrug bei den Kindern unter 1500 g 10 ccm pro Tag, bei denen von 3—5 kg Gewicht 30 bis 60 ccm pro Tag. Diese Dosen, die auf den ersten Blick als sehr groß und gefährlich erscheinen könnten, wurden sehr gut vertragen. Das Wasser wurde aus einer Tiefe von 10 m gewonnen und durch Hinzufügen sehr reinen Süßwassers isotonisch gemacht, worauf es in kaltem Zustande mit dem Filter von Chamberland sterilisiert und innerhalb 14 Tagen bis spätestens 3 Wochen nach seiner Gewinnung verwandt wurde. **Runge** (Berlin).

15) A. **Adamkiewicz** (Wien). Neue Erfahrungen mit dem Cancroin, die offizielle Anerkennung seiner therapeutischen Erfolge und über das radioaktive Cancroin.

(Deutsche Ärztezeitung 1906. Hft. 1.)

A. berichtet über sechs mit seinem Cancroin behandelte Fälle (Carcinoma recti, uteri, ventriculi, mammae, Rezidiv der Brustwand, Metastasen der nervösen

Zentralorgane), welche den Eindruck erwecken, daß es tatsächlich reaktive und rückbildende Veränderungen in der Neubildung hervorzurufen vermag. Daß wirkliche Heilungen durch das Mittel erzielt werden, beweisen die mitgeteilten Krankengeschichten nicht. Das gilt auch von den fremden Beobachtungen, welche der Verf. veröffentlicht. Allerdings berichtet er über zwei Dauerheilungen von Brustdrüsenkrebsrezidiven. Beide sind aber nicht ärztlich nachuntersucht worden. Die letzte Nachricht von der einen Pat. rührt vom 16. Mai v. J. her. A. fügt ihr hinzu: »Ich habe Grund zur Annahme, daß der Zustand der Kranken auch weiter der gleiche und gute ist.« Damit ist wissenschaftlich nichts zu machen. Warum ist bei dem Arzte, der, wie ausdrücklich bemerkt wird, die Kranke von Zeit zu Zeit untersucht, nicht vor der Veröffentlichung der Arbeit angefragt worden? Die Pat. selbst täuschen sich allzu leicht über ihren Zustand. Wie oft finden wir Ärzte nicht vorgeschrittene Krebsrezidive, ausgedehnte Metastasen bei Kranken, welche, weil sie keine Beschwerden haben und blühend aussehen, sich für geheilt halten.

Ref. möchte nicht unerwähnt lassen, daß er das Cancroin in einem Falle von inoperablem Cervixkarzinom ohne jeden Erfolg angewandt hat. Die Kranke selbst klagte wiederholt nach den Einspritzungen über Schwächeanfälle und Beängstigungen. Auch von anderer Seite ist über Mißerfolge berichtet worden. Jedenfalls beweist dies, daß die Wirkung des Mittels keine gleichmäßige ist.

Graefe (Halle a. S.).

16) **Hutzler** (München). Säuglingssterblichkeit und Hebammen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 51.)

H. faßt seine Ausführungen über das obige Thema in folgenden Schlußsätzen zusammen: 1) Das heutige Ausbildungssystem, das die Hebammen ohne ihr Verschulden zu Gegnern statt zu Helfern der Ärzte im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit macht, bedarf dringend einer Reform. 2) Die Hebammen müssen in der Pflege des gesunden und kranken Säuglings, in der Art, wie die Frauen zum Stillen angehalten und angeleitet werden können, in der Einleitung einer künstlichen Ernährung, in der rechtzeitigen Erkennung kindlicher Gesundheitsstörungen praktisch und theoretisch ausgebildet werden. 3) Die Ausbildung muß durch den Kinderarzt in einem 6wöchigen Kursus in einem Kinderspitale mit moderner Säuglingsabteilung und Säuglingspoliklinik anschließend an die geburtshilfliche Ausbildung erteilt werden. 4) Nach diesem Kursus hat eine Prüfung in der Säuglingsfürsorge stattzufinden, deren günstiger Ausfall eine Bedingung zur Erteilung der Approbation bildet. **Graefe** (Halle a. S.).

17) **O. Duffek.** Laktation und Diarrhöe.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 907.)

Bei einer Frau, die nach der Entbindung abwechselnd an Obstipation und Diarrhöe litt, und die die verschiedensten Laxantia und Styptika anwandte, stellte sich nach jedem Anlegen des Kindes zuerst ein Schmerz im Unterleibe ein, der von einem diarrhoischen Stuhl gefolgt war. D. ließ abstillen, da die Mutter rasch an Gewicht verlor, und sofort hörten die Diarrhöen auf. Aus äußeren Gründen mußte die Frau das Stillgeschäft wieder aufnehmen; wiederum stellten sich Diarrhöen ein, die prompt aufhörten, als die Frau wieder abstillte. Die Reizung der Brustwarzen rief reflektorisch eine Steigerung der Darmperistaltik hervor.

G. Mühlstein (Prag).

18) **A. Rehn** (Collen). Die innere Gonorrhöe, Behandlung und deren Diätetik bei Gonosan.

(Med. Woche 1905. Nr. 41.)

R. empfiehlt das Gonosan in erster Linie gegen die männliche Gonorrhöe, schließt sich aber Runge an, welcher das Mittel auch für die weibliche als Vorbehandlung einer lokalen Therapie befürwortet. Sowohl bei ganz frischen wie auch bei älteren Fällen wird 1—3 Tage lang Gonosan (3mal täglich zwei Kapseln) während der Mahlzeiten gegeben. Nach Nachlaß der schmerzhaften Empfindungen

und akutesten Entzündungserscheinungen wird unter Fortsetzung der Gonosandarreichung täglich 1 ccm 10%iger Protargollösung in die Urethra injiziert. Sind bei derartiger Behandlung Gonokokken bei mehrmaliger Untersuchung im mikroskopischen Bilde (oft schon nach 7—9 Tagen) nicht mehr zu finden, so wird das Protargol allmählich fortgelassen und täglich in einer Sitzung absatzweise 10 bis 20 ccm der Ricord'schen Lösung (Plumb. acet. zinc. sulf. aa 2,0:200) injiziert.

Graefe (Halle a. S.).

19) **Zikmund** (Oderberg). Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der Koitusverletzungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 4.)

Diesmal erfolgte die in der rechten Scheidenwand sitzende, 6 cm lange, stark blutende Verletzung, ohne daß irgendeiner der bisher bekannten Dispositions- oder ätiologischen Momente als Grundlage angenommen werden konnte. Vielmehr müssen in diesem, wie in manchen anderen Fällen noch andere, aus der Physiologie der Befriedigung des Beischlafes resultierende Momente eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen.

Keitler (Wien).

20) **Gersuny** (Wien). Gegen die Exzitation in der Narkose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

Die Exzitation der zu Narkotisierenden kann durch die Umgebung sicher beeinflußt werden. Gewaltsame Versuche, die Widerstandsbewegungen zu unterdrücken, verlängern und verstärken die Exzitation. Um die störenden Bewegungen schonend auszuschalten, streift G. der Pat. nach den ersten Atemzügen des Narkotikums über jeden Arm einen steifen Ärmel aus Zelluloid, der den Arm lose umschließt und von der Achsel bis zum Handgelenk reicht. Die Kranke hat jetzt nicht mehr das Gefühl, in ihren Bewegungen gehindert zu sein, und bald hören die Armbewegungen auf. Will eine Narkotisierte aufstehen, so schiebt eine Pflegerin unter jede Ferse eine Hand und hebt seine Füße, ohne fest anzufassen, einige Zentimeter über das Lager. Da sich so die Pat. nicht aufsetzen kann, gibt sie bald die Versuche auf.

Da bei Verwendung der Zelluloidröhren der Radialpuls vom Narkotiseur nicht kontrolliert werden kann, wird zur Pulsbeobachtung die Maxillaris interna verwendet. Ein Vorteil der Armröhren ist, daß Drucklähmungen (durch zu starkes Emporheben des Armes) vermieden werden.

Keitler (Wien).

21) **Profanter** (Franzensbad). Vorläufige Mitteilung über eine neue Methode bimanueller gynäkologischer Untersuchung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 6.)

Um bei schwierig zu untersuchenden Frauen die Narkoseuntersuchung zu umgehen, versuchte P. geeignete Fälle im warmen Wasserbade zu untersuchen. Der Erfolg war überraschend. Durch das Eindringen von Wasser in die Scheide werden die Scheidenränder entfaltet. Die Empfindlichkeit des Introitus hört auf oder wird ganz gering, der intraabdominale Druck und die Spannung der Bauchdecken läßt nach und ist zum Teil aufgehoben.

Da die Stellung für den Arzt unbequem ist, ist P. bestrebt, einen Apparat zu konstruieren, welcher es ermöglicht, Kranke in jeder Lage, sowohl auf dem Untersuchungstisch als auch im Bette unter Wasser untersuchen zu können. Die ausführliche Mitteilung wird in Aussicht gestellt.

Keitler (Wien).

22) **Jaworski** (Warschau). Über Inversion und Vorfall der weiblichen Harnröhre.

(Gazeta lekarska 1905. Nr. 39.)

Erdbeergroßer Urethralprolaps, entstanden plötzlich post coitum. Die 50jährige Kranke klagte über Tenesmus, schmerzhafte, oft unwillkürliche Harnentleerung, häufige Blutungen. Verf. fand in der Mitte des ringförmigen Prolapses das Lumen der Urethra, führte einen Katheter in die Blase ein und sicherte auf diese Weise

die Diagnose. Nachdem konservative Behandlungsversuche fehlschlugen, amputierte Verf. das prolabierte Urethralsegment und erzielte primäre Heilung.

J. bemängelt die Bezeichnung »Inversio cum prolapsu urethrae«, da nicht die Harnröhre als solche, sondern nur ihre Mucosa an der Inversion und Prolaps teilnimmt, was durch Abwesenheit von Muskelfasern im amputierten Vorfall vom Verf. histologisch nachgewiesen wurde. **H. Ehrlich** (Przemyśl).

23) **Ehrlich** (Przemyśl). Mastitis mit tödlichem Ausgange.

(Przegląd lekarski 1905. Nr. 50.)

5 Monate nach der ersten Geburt entstand bei einer stillenden Frau eine phlegmonöse Mastitis mit Gangrän und Gasbildung. Trotz rechtzeitigem chirurgischen Eingreifen Tod an Septikämie nach 10 Tagen. In der spärlichen, jauchigen Flüssigkeit, welche der Schnittfläche bei der Operation entnommen war, wurden Eiterkokken und Kolibazillus nachgewiesen, im Blute der Kranken fanden sich Streptokokken.

Anschließend an diesen Fall werden aus der Literatur die wenigen veröffentlichten analogen Fälle angeführt. Auch heute lassen sich tödliche Mastitiden, trotz rechtzeitiger Operation und gründlicher Antiseptik, nicht vermeiden, wie dies die neueren Fälle von Bensinger, Chassot beweisen. (Selbstbericht.)

24) **G. Müller.** Zwei Fälle von malignem Chorionepitheliom.

(Časopis lékařů českých 1904. p. 1346.)

Auf Grund der beiden Fälle gelangt der Autor zu dem mit Marchand übereinstimmenden Resultat, daß der Charakter der Geschwulstelemente ein rein epithelialer sei und die syncytialen Gebilde Derivate der Langhans'schen Zellen seien, da man zahlreiche Übergänge zwischen beiden beobachten könne. Er sah auch die von Franqué erwähnten atypischen Formen und hält das zarte Reticulum zwischen den kleinen epitheloiden Zellen ebenfalls für ein epitheliales Gebilde, da dasselbe in syncytiale Gebilde übergeht.

Den schlagendsten Beweis für die Entstehung des Tumors aus der ektodermalen Schicht der Zotten fand er an den durch Curettage gewonnenen Präparaten des einen Falles, wo der epitheliale Überzug des mesodermalen Zottenstromas direkt in die Decidualschleimhaut eindringt. Das Chorionepitheliom entsteht an der Stelle der placentaren Insertion — in dem einen Falle im Uterushorn —, breitet sich von hier zunächst in die Tiefe aus und attackiert erst später die übrige Uterusschleimhaut; dieser Prozeß unterscheidet sich also wesentlich von jenem beim Karzinom und Sarkom des Uterus, wodurch die Hypothese Veit's widerlegt erscheint. Übrigens verlaufen selbst die auf ein kleines Territorium lokalisierten malignen Tumoren nicht symptomlos, sondern unter ziemlich stürmischen Erscheinungen und bieten infolge der Blutungen und der schlechten Ernährungsverhältnisse der oberen Partien für die Implantation des Eies keine günstigen Bedingungen.

G. Mühlstein (Prag).

25) **Gidionsen** (Falkenstein). Über Fieber und Fiebermessung und kein Ende.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 2.)

Für alle Kranke mit völlig ungestörter Nasenatmung empfiehlt Verf. die Mundmessung. Dieselbe darf nur nach vorausgehender Ruhe erfolgen, und muß 10 Minuten lang ausgeführt werden. 1/2 Stunde vor der Messung darf nichts genossen, noch die Mundhöhle durch eine besondere Prozedur lokal beeinflußt werden. Im Zweifelsfalle dient zur Kontrolle eine gleichzeitig ausgeführte Rektalmessung. Nur in besonderen Fällen kommt die ungenaueste Messungsart, die Achselhöhlenmessung, zur Anwendung. **Michel** (Koblenz).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 52. Sonnabend, den 29. Dezember. 1906.

Inhalt.

I.

Zur Behandlung asphyktischer Neugeborener mit Sauerstoffinfusionen.

Von

Dr. **Offergeld** in Marburg i. H.

Man unterscheidet bekanntlich zwei Arten von Asphyxie beim frischgeborenen Kinde, die blaue und die weiße; von der ersten soll hier nicht die Rede sein; sie geht meist auf gelinde Hautreize hin zurück und ist dauernd beseitigt, wenn das Kind die paar ersten

kräftigen Schreie ausgestoßen hat. Nur in äußerst selten Fällen geht der blaue in den weißen Scheintod über; letzterer ist meist schon vorhanden, wenn das Kind zur Welt kommt, und kann durch die verschiedensten Ursachen bedingt sein, welche intra-uterin auf die Frucht schädigend eingewirkt haben. Dieser Zustand ist ein äußerst gefährlicher für das Neugeborene, sehr viele und recht oft kräftig entwickelte Kinder fallen ihm zum Opfer. Unser therapeutisches Handeln zwingt daher zum sofortigen zielbewußten Eingreifen; einfache Hautreize können schon deswegen nichts nutzen, weil, wie in tiefster Narkose, alle Reflexe erloschen sind; nur die Einleitung der künstlichen Atmung kann das dahineilende Leben noch aufhalten. Grundbedingung ist hierbei natürlich, daß die oberen Luftwege frei sind; dann kommen in Anwendung die bekannten Schultze'schen Schwingungen, über deren absolute Ungefährlichkeit man aber nicht allzu optimistisch urteilen darf, und die von Ahlfeld empfohlene prolongierte Bäderbehandlung, verbunden mit künstlichen Atembewegungen; gerade letztere Methode leistet Vorzügliches, ohne die Nachteile der Schwingungen von Schultze zu besitzen; ob sie aber einmal dazu berufen ist, diese ganz zu verdrängen, kann erst dann beurteilt werden, wenn wir mehr Erfahrung mit ihr gesammelt haben; es ist jedenfalls erstaunlich, daß es oft noch nach Verlauf von einer Stunde und darüber hinaus gelingt, bei konsequentem Beharren bei dieser Methode die ersten spontanen Atemzüge und tiefe Schreie beim Kinde auszulösen; neben den bei der Asphyxie II. Grades unbedingt nötigen künstlichen Atembewegungen schützt sie einerseits das Kind vor allzu großer Abkühlung, während andererseits durch kurzes Eintauchen in kälteres Wasser ein sehr energischer Reiz auf die medullären Atemzentren reflektorisch ausgeübt wird, sobald die tiefste Asphyxie vorüber ist.

In neuerer Zeit hat man nun versucht, dem Kinde den zum Leben nötigen Sauerstoff auf eine andere Weise in konzentriertester Form beizubringen, und hoffte so neben einem intensivem Reiz auf die Zentralorgane dem nötigen O-Bedarf des Neugeborenen Rechnung zu tragen. Das Verfahren selbst ist höchst einfach: Aus den im Handel vorrätigen mit komprimiertem O gefüllten eisernen Bomben läßt man durch geringes Öffnen des Ventiles eine etwa 10—15 ccm fassende graduierte, luftdicht schließende Metallspritze sich füllen, was am besten durch Verbinden des Ansatzstückes der Spritze mit dem Gummischlauche geschieht; der unter hohem Drucke stehende O schiebt von selbst dann den Stempel aus der Spritze heraus; ist diese gefüllt, so wird ihr Hahn zugedreht und eine stumpfe sterilisierte Ansatzspitze luftdicht aufgesetzt: man lockert jetzt etwas das Nabelschnurbändchen nur soweit jedoch, daß man eben mit dem stumpfen Ende der Spritze in das Lumen der zentral gelegenen Vena umbilicalis hineinkommt, zieht über der Spritze das Bändchen wieder fest zu und drückt nun ganz langsam und allmählich den Stempel hinab; so kann man etwa 10—12 ccm O vorsichtig in ein paar Minuten in den

kindlichen Kreislauf hineinbringen; eine Gefahr besteht nur darin, daß man zu schnell den Stempel vorwärts schiebt, dann sammelt sich das Gas im Herzen an, und es entsteht eine akute Herzdilatation, wodurch natürlich der Herzschlag aufhört, und die den unmittelbaren Tod zur Folge hat.

Im ganzen verfüge ich über zwölf Fälle, wo ich die intravenöse O-Infusion bei der Asphyxie Neugeborener in Anwendung brachte. Gerade um ihren Wert zu prüfen, benutzte ich sie in der Mehrzahl nicht als Ultimum refugium, sondern betrachtete sie als ebenbürtig den anderen Methoden; wenn es mit den Schultze'schen Schwingungen oder der prolongierten Bäderbehandlung und den künstlichen Atembewegungen nicht in kurzer Zeit gelang, die Atmung in Gang zu bringen, wurde in der oben beschriebenen Weise die Infusion gemacht; ich hatte stets eine eigens zu diesem Zweck angeschaffte, mit O gefüllte und geprüfte luftdichte Spritze bei mir.

1) Primipara: Vera 9 cm. Austreibungsperiode dauerte schon fast 6 Stunden. II. Schädellage. Abgang von Mekonium, Herztöne 96, Nabelschnurgeräusch. Forceps in Beckenenge; Kind II. Grades asphyktisch. Aspiration von Schleim, künstliche Atembewegung im warmen Bad, O-Infusion; atmet nicht, Herz schlägt weiter; nochmals Bäder; atmet nach 35 Minuten; bleibt am Leben.

2) IIpara: Rachitisches Becken, Vera etwa 9 cm, vorzeitiger Blasensprung; Herztöne 92—100. Forceps in Beckenweite bei feststehendem Kopf. Aspiration. O; Kind atmet nicht, Bad, Schwingung; keine Atmung, Bad; Herz steht still, †.

3) Multipara: Vera 9 cm. II. Steißlage. Sinken der Herztöne unter 100 Kind kurz darauf asphyktisch geboren; Aspiration, O; Herz schlägt weiter, Schwingungen, Bad; keine Inspiration, Herz steht nach 25 Minuten still, †.

4) Alte Primipara: Austreibungsperiode dauert schon 7 Stunden. I. Schädellage; als der Kopf in der Vulva erscheint, sinken die Herztöne rapid; leichte Beckenausgangszange; Kind II. Grades asphyktisch. O-Infusion; Herz schlägt, keine Atmung; heiße Bäder mit künstlicher Atmung; spontane Atmung erst nach $^3/_4$ Stunden; Kind lebt.

5) Placenta praevia bei einer Multipara. Metreurynter, später Wendung mit Anschlingung des Fußes; nach 5 Stunden wird das Kind tief asphyktisch extrahiert. Heiße Bäder mit künstlicher Atmung; Herz schlägt weiter; O-Infusion; keine Atmung; Schwingungen nach Schultze, Bäder, keine Atmung; Herz steht nach 25 Minuten still, †.

6) Multipara: Vera über 10 cm. Sehr großes Kind; starkes Nabelschnurgeräusch; Sinken der Herztöne. Nabelschnur 2mal umschlungen. Aspiration, Bad; Kind macht spontan einige oberflächliche Atemzüge; O-Infusion; Herzschlag hört auf; Schwingungen, Bad; Kind †. Sektion: akute Herzdilatation besonders des linken Ventrikels.

7) Primipara: Vera unter 9 cm. Kind in I. Schädellage, klein. Sehr vorzeitiger Blasensprung. II. Periode dauerte über 6 Stunden. Abgang von Mekonium, Sinken der Herztöne auf 108. Forceps in Beckenenge; Kind II. Grades asphyktisch. Aspiration. O-Infusion, Bäder, Schwingungen ohne Erfolg; Kind †.

8) Primipara: hat drei eklamptische Anfälle gehabt. Bossi, darauf Zange bei in Beckenenge feststehendem Kopfe, Herztöne 72. Kind asphyktisch; Aspiration von viel Schleim aus der Trachea; O-Infusion; keine Atembewegung, Schwingungen, Bad; Kind ist †.

9) Multipara: Zweiter Zwilling angeblich nach 3 Stunden spontan in Steißlage geboren; keine Atembewegung; Herzschlag vorhanden, Aspiration, O-Infusion; keine Atembewegungen; Bäder, Schwingungen, Bäder; keine Atembewegung; Herz steht nach 35 Minuten still, †.

10) Multipara: Plattes Becken. II. dorsoanteriore Querlage; Wendung und Extraktion eines asphyktischen Kindes; Herzschlag vorhanden, keine Atembewegungen; Bäder; es werden einige oberflächliche Atemzüge gemacht; O-Infusion, plötzlich Herzstillstand; Schwingungen, Bäder; Kind ist †. Sektion: Dilatation beider Ventrikel. Atelektase der Lungen.

11) Primipara: Vera etwas über 9 cm. Vorzeitiger Abfluß des Fruchtwassers; starkes Nabelschnurgeräusch, Abgang von Mekonium, Herztöne 112. Forceps in Beckenenge; Aspiration; O-Infusion; keine Atmung, heiße Bäder mit Atembewegungen; Herzschlag regelmäßig, nach 35 Minuten kommt die Atmung in Gang; Kind lebt.

12) Multipara: Placenta praevia; Wendung und Anschlingung des Fußes; seit 4 Stunden Nabelschnurgeräusch; Sinken der Herztöne; Kind nach 1½ Stunden spontan geboren, ist asphyktisch. Aspiration, O-Infusion; Bäder, Schwingungen; Herzschlag anfangs regelmäßig, sinkt immer mehr und erlischt nach 25 Minuten. Keine Atembewegung. Kind †.

Es sind also nur drei Kinder mit dem Leben davon gekommen, die übrigen alle gestorben; beweist schon dieses Verhältnis, daß die O-Infusionen bei der weißen Asphyxie der Neugeborenen von nicht besonders großem Nutzen sind, so tritt das noch deutlicher hervor, wenn man die einzelnen Fälle für sich betrachtet; in keinem ist es gelungen nach der Infusion die Atmung auch nur oberflächlich in Gang zu bringen, sondern, wenn sie überhaupt erfolgte, trat sie erst nach langer Zeit und bei Anwendung anderer Mittel ein; wir können aber nicht annehmen, daß der O zur Entfaltung seiner Wirksamkeit solch langer Zeit bedarf. Dagegen ist wohl in Fall 6 und 10 der Infusion die letzte Ursache am Tode der Kinder beizumessen; in beiden Fällen war eine oberflächliche, aber ungenügende Atmung vorhanden, während das Herz noch kräftig und rhythmisch arbeitete; sofort bei der Infusion, und ich machte sie sehr langsam und vorsichtig, als erst 1—2 ccm O infundiert waren, trat plötzlich Herzstillstand auf, der jeder Therapie trotzte; es fand sich dann bei der Sektion eine enorme Dilatation des ganzen Herzens, besonders der Ventrikel; offenbar war selbst diese geringe Menge für das Herz doch zuviel gewesen, und durch die plötzliche Ausdehnung war auf dem Wege des Vagusreizes der Stillstand erfolgt; irgendwelche Schaumbildung im Herzen oder embolische Vorgänge in anderen Organen ließen sich bei der Autopsie nicht entdecken.

Natürlich sind meine Zahlen nur sehr kleine und können keinen Anspruch erheben schon das letzte Wort zur O-Infusion bei der Asphyxie Neugeborener zu reden; aber sie zeigen doch immerhin, daß diese Methode wahrhaftig nichts mehr leistet, und ihre Erfolge in Nichts bessere sind als bei den anderen Behandlungsarten, wozu ganz besonders die Atembewegungen in den wechselwarmen Bädern zu rechnen sind. Dagegen besitzt sie die große Gefahr der akuten Herzdilatation selbst bei vorsichtigster Dosierung; dieser Umstand an sich ist schon ausreichend, ihre Anwendung auf das äußerste Maß zu beschränken. Zur Unterstützung unserer anderen Maßnahmen kann ja ein vorsichtiger Versuch mit den O-Infusionen immerhin angewandt werden in verzweifelten Fällen; größte Vorsicht ist geboten, aber trotzdem bleibt oft dann doch der Erfolg aus.

II.

Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Dr. Lichtenstein: „Beitrag zur Ätiologie des Arterio-mesenterialverschlusses des Duodenums“ in Nr. 44 dieser Zeitschrift.

Von

Dr. **Hans Albrecht** in München.

Da mein am 12. Juli d. J. in der gynäkologischen Gesellschaft in München über dieses Thema gehaltener Vortrag erst in einem der nächsten Hefte der Monatsschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe erscheinen kann, möchte ich mir in folgendem einige kritische Bemerkungen zu obigem Aufsatz gestatten:

1) Der Verf. spricht die Vermutung aus, »daß angeborene Variationen in der Verwachsung des Mesocolon transversum besonders dazu geeignet seien, einen arterio-mesenterialen Duodenalverschluß herbeizuführen; der Träger einer solchen mesenterialen Mißbildung soll dazu disponiert sein bei jeder Veränderung des Magens im Sinne einer Erweiterung desselben«. Verf. geht soweit, anzunehmen, »daß, wenn diese Vermutung durch anatomische Untersuchungen bestätigt würde, die Ätiologie dieses Darmverschlusses wohl für immer klargestellt wäre«.

Diese Annahme mit ihren Deduktionen beruht auf einer Verkennung des pathologisch-anatomischen Substrates des genannten Darmverschlusses: Wie Verf. in seiner Arbeit eingangs auffallenderweise selbst erörtert, wird dieser Darmverschluß wie in allen bisher bekannten Fällen so auch in seinem dadurch hervorgebracht, daß das Duodenum an seinem Übergang ins Jejunum durch die über die Pars horiz. inf. hinwegziehende — aus hier nicht näher zu erörternden Ursachen abnorm straff gespannte — Radix mesenterii (d. i. Wurzel des Dünndarmgekröses, nicht Mesokolon) komprimiert und verschlossen wird. Die Heranziehung des Mesocolon transversum in die Ätiologie erscheint demnach befremdend, da eine Mitbeteiligung desselben an diesem Darmverschluß in den beobachteten Fällen, nach dem Sektionsbericht auch im vorliegenden Falle nicht beobachtet wurde und, wie aus folgendem ersichtlich, mechanisch nicht gut verständlich ist.

Das Mesocolon transversum tritt durch seine sekundäre Haftlinie außer Konnex mit der Radix mesenterii als solcher. Die sekundäre und bleibende Haftlinie des Mesokolon zieht an der hinteren Bauchwand quer weg von der Flexura coli dextr. oberhalb der Flexura duodenojejunalis, welch letztere eben unter die Wurzel des Dünndarmgekröses zu liegen kommt, bis zur Flexura coli sin. Das Mesokolon

stellt eine flächenhafte Scheidewand zwischen dem oberen und unteren Teile des Bauchraumes dar — wie diese als Strang eine Kompression des Duodenums in oben bezeichneter Weise hervorrufen soll, ist schlechthin nicht verständlich. Daß dagegen eine angeborene abnorme Beschaffenheit des Dünndarmgekröses prädisponiert zur Entstehung der genannten Ileusform, ist schon wiederholt beobachtet und betont worden.

Jedoch wäre auch mit der Auffindung einer solchen angeborenen Variation des Mesenteriums die Ätiologie des Krankheitsbildes noch keineswegs »für immer klargestellt«; eine solche stellt eben nur ein prädisponierendes Moment dar, das in keinem Falle den viel komplizierteren und durch ganz verschiedene wechselnde Ursachen bedingten Mechanismus dieses Darmverschlusses klarstellen kann.

2) Verf. behauptet, daß »alle Autoren darüber einig seien, daß die Diagnose eine schwierige sei«; er legt hierbei die Arbeit von P. Albrecht aus dem Jahre 1899 zugrunde. Nun sind seitdem schon eine ganze Reihe neuer diesbezüglicher Veröffentlichungen von Müller, Stieda, Bäumler, Kelling, Meyer, Kausch, Binswanger, Zade, Tschudy u. a. m. erschienen, die fast sämtlich die Ansicht aussprechen, daß bei richtiger Verwertung der gegebenen Symptome die Diagnose keine besonderen Schwierigkeiten bietet, falls die Möglichkeit des Vorhandenseins dieser Art des Darmverschlusses im jeweiligen Falle überhaupt in Frage gezogen wird. Wie ich in meinem Vortrage dargelegt habe, weist unter den bekannten mechanischen Ileusformen gerade diese Art, dank des klaren und in allen Fällen wiederkehrenden Symptomenkomplexes, mit aller Wahrscheinlichkeit auf die Stelle des Verschlusses hin.

Es liegt mir fern, daraus dem Verf., dem offenbar die späteren Arbeiten über dieses Krankheitsbild entgangen sind, irgendeinen Vorwurf ableiten zu wollen. Sein Fall reiht sich an die verhältnismäßig zahlreichen tödlich geendigten (ca. 87%) Fälle an, in denen die Kranken der Unbekanntheit des Symptomenkomplexes zum Opfer gefallen sind, wie ja bei fast sämtlichen Autoren, welche über letale und geheilte Fälle berichten, der geheilte Fall der später beobachtete ist.

Endlich möchte ich noch erwähnen, daß mir die vom Verf. im Titel seiner Arbeit gewählte Zusammenziehung der von P. Albrecht vorgeschlagenen Bezeichnung »arterio-mesenterialer Darmverschluß« in das Wort »Arterio-mesenterialverschluß« als — weil leicht mißzuverstehen — wenig glücklich erscheint.

Bezüglich der näheren Details der oben gestreiften Fragen, sowie der Einreihung des vom Verf. beobachteten Falles unter die »Spätform« dieses Darmverschlusses (Müller, Stieda) muß ich auf meinen demnächst erscheinenden Vortrag (Referat in der Münchener med. Wochenschrift vom 24. Juli 1906 p. 1497) verweisen.

Neueste Literatur.

1) Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1906. Nr. 181—185.

E. C. Hill (Baltimore). Zur embryonalen Entwicklung eines Falles von Hufeisenniere.

Bei der Autopsie eines infolge chronischen Vitium cordis und Nephritis verstorbenen 28jährigen Mannes fand sich folgender Nierenbefund. Linke Niere an fast normaler Stelle, aber mit einem L-förmigen Fortsatz von Nierensubstanz, ansetzend direkt unter dem Diaphragma in der linken Regio hypoch. ca. 16 cm, reichend bis zum Beckenrand und dann die Wirbelsäule kreuzend. Die quere Portion beträgt ca. 9 cm. Der Ureter, der von dem oberen Teile dieses Stückes abgeht, geht über dieses selbst weg, kreuzt die Iliacalgefäße 5 cm links von der Medianlinie, kreuzt letztere dann am Beckenrand und geht zur rechten Seite der Blase. Beide Ureteren sind gut durchgängig. An der L-förmigen Masse der Niere beträgt der lange Arm 16 cm, der kurze 8 cm, die größte Breite 5,5 cm, die größte Dicke 3 cm. Ca. 10,5 cm des langen Armes korrespondierten mit der linken Niere, während der Winkel und der kurze Arm mit der rechten Niere korrespondierten. Das Becken der rechten Niere ist ganz, das der linken nur halb nach vorn gerichtet. Im Ureter kreuzt die Nierenmasse an dem Winkel des L, somit auch einen Kelch der rechten Niere. Keine Kommunikation zwischen rechtem und linkem Nierenbecken.

An der Hand der Entwicklungsgeschichte erklärt Verf. das Zustandekommen solcher Mißbildungen und beschreibt auch genau die interessante Gefäßversorgung.

W. W. Russel (Baltimore). Hysterotomia supra-pubica zwecks Diagnose und Behandlung des Uterus.

Von der nicht abzuleugnenden Tatsache ausgehend, daß selbst mit Hilfe der Spaltung der vorderen Cervicalwand die Exploration des Uterus per vaginam in gewissen Fällen ein nicht befriedigendes oder wie sich gelegentlich später herausstellt, unvollkommenes Untersuchungsresultat gibt, ist Verf. und mit ihm andere Operateure des Hospitals, wie Kelly, Cullen, Ramsay, Miller, Stokes dazu gekommen, in Fällen nicht recht zu erklärender Uterushämorrhagien zwecks Diagnose und Behandlung die vordere Hysterotomie per laparotomiam zu machen. Er tut das nicht nur in Fällen, wo schon aus anderen Gründen eine Laparotomie indiziert ist, sondern allein um der Quelle der Blutung im Uterus nachzugehen. Er faßt den Uterus, zieht ihn vor, stützt die ganze Bauchhöhle durch Gaze ab, spaltet dann den Uterus in der Medianlinie halbwegs zur Cervix bis herauf durch den Fundus zur Hinterfläche des Uterus. Die Wunde beträgt 2 und mehr Zentimeter. Er tastet den Uterus dann aus und currettiert ihn und entfernt event. vorhandene kleine Tumoren und sieht in der Möglichkeit, dies um so viel ausgiebiger und gründlicher als per vaginam tun zu können, die Berechtigung zu derartigen Operationen. Schluß des Uterus wurde durch fortlaufende Catgutnaht vom Peritoneum bis zur Schleimhaut und ebenfalls fortlaufende oberflächliche Catgutnaht. In Fällen von Infektionsgefahr aber verwendet er dünne Seide.

Er gibt die Krankengeschichten von 32 aus dieser Indikation heraus so operierter Frauen ohne Todesfall. In einer Zahl der Fälle fanden sich zumal in den Tubenwinkeln kleine Polypen und in der Muskulatur kleine Myome, die der vorhergehenden Currettage p. vag. entgangen waren. In einer großen Zahl der Fälle war aber auch naturgemäß der Befund ebenso negativ wie bei der vaginalen Untersuchung!

H. A. Kelly (Baltimore). Zwei Fälle von Ureterstriktur; zwei Fälle von hydronephrotischem Nierenbecken erfolgreich behandelt durch Faltelung.

Ia. Eine sehr schwierige instrumentelle Entbindung (vor 9 Jahren). Vor 6 Monaten heftige Unterleibsschmerzen mit Fieber und Empfindlichkeit in der

rechten Seite. Seitdem dauernd Rücken- und Unterleibsschmerzen. Laparotomie, Appendektomie, Ventrosuspension des Uterus. Fortdauer der Beschwerden. Bimanuelle Untersuchung erfolglos. Blasenuntersuchung in Knie-Ellbogenlage: Durch ein Nr. 10 Spekulum eigentümlicher Gewebszipfel in die Blase hineinhängend, an der rechten Seite die Stelle des Urethralmons einnehmend, von der Spitze desselben der Urin langsam abtropfend, allmählich vergrößerte sich der Zipfel bis zur Größe eines Daumenendes und dem Aussehen einer Cyste, auf der Gefäße durchschienen, gleichzeitig nahm der Urinfluß zu. In Zwischenräumen von 5—10 Sekunden verschwand dieses Gebilde und erschien wieder. Das Urethralorificium war an der vorderen inneren Seite des Berges undeutlich begrenzt, einen schmalen Schlitz bildend, zu sehen. Das andere Orificium annähernd normal.

Behandlung: Mit feinem Vesikalmesserchen Einschnitt im Momente der größten Ausdehnung der Cyste 5 mm lang. Sofort entströmte etwa 75 ccm Urin, 5 Tage später war die rechte Urethralöffnung weit geöffnet und wurde noch weiter dilatiert. Die Öffnung sah nun aus wie ein schwarzes Loch in der Blasenwand. Völlige Heilung.

Ib. Seit 13 Jahren attackenweise heftige Schmerzen in der linken Seite. Sie waren offenbar renalen Ursprunges, da aber bei physikalischer Untersuchung und Urinprüfung kein Anhalt sich ergab, Freilegung der linken Niere: hydronephrotisches Nierenbecken von der Größe der Niere selbst. Ureter begann normal, um sich dann plötzlich auf 2 mm Lumenweite zu verengern, 2 cm unterhalb des Nierenbeckens. Keine Adhäsionen oder Entzündungssymptome. Nierenbecken eröffnet 1 cm oberhalb des Ureters, und durch diese Öffnung hindurch mit speziellen Metalldilatatoren Erweiterung der Ureterstriktur bis auf 5 mm. Wunde im Nierenbecken mit feinen Seidennähten geschlossen. Glatte Heilung. Keine Beschwerden wieder

IIa. Zwei normale Geburten vor 26 und 15 Jahren. Seit 6 Jahren in unregelmäßigen Intervallen lanzinierende Schmerzen in der rechten Lumbarregion, einhergehend mit der Entwicklung eines Tumors von der Größe einer Orange und großer Druckschmerzhaftigkeit. Gleichzeitig mit dem Verschwinden des Tumors starke Vermehrung der Urinabsonderung.

In Knie-Ellbogenlage Katheterisation des rechten Ureters und Injektion von 135 ccm Boraxanilinlösung, welches die gewohnten Schmerzen hervorrief. Damit die Diagnose auf Hydronephrose gesichert. Operation: Freilegung der Niere durch Schnitt im oberen Lumbartriangel: Niere sehr beweglich, Becken vorher ausgedehnt, von der Größe einer kleinen Kaffeetasse. Fettkapsel von dem hinteren Teile des Nierenbeckens abgetrennt, aus welchem mit Nierenkatheter 62 ccm Flüssigkeit abgelassen wurde. Fettkapsel dann vom oberen bis zum unteren Ende des Beckens abgeschnitten. Der Rest wurde benutzt, um die Kapsel zusammenzunähen und gleichzeitig das Becken zusammenzuziehen. Drei Seidensuturen, zwei Matratzen- und eine fortlaufende Naht durch den Rand der Niere auf der einen Seite und durch das fibröse Gewebe der amputierten Fettkapsel auf der anderen Seite heraus. Durch Knüpfen der Suturen wird das Nierenbecken wie durch ein Korsett zusammengeschnürt.

Verf. widerspricht der Annahme als würden die Nähte in dem zarten Gewebe der Kapsel nachgeben und eine erneute Ausdehnung des Beckens erlauben. Das Gewebe erwies sich fester als Verf. selbst geglaubt hatte. Der Ureter kam wieder in seine normalen Beziehungen, und der Urin floß ohne Hindernis bei Druck auf das Becken nach unten ab. Die Niere wurde dann durch Seidenligaturen an die letzte Rippe und durch zwei andere am Musculus quadratus fixiert. Glatte Heilung. 6 Wochen später hielt das Nierenbecken bei der Injektion nur 18 ccm.

IIb. In einem zweiten Falle stellte Verf. durch Ureterkatheterisation und Injektion von Boraxanilin eine leichte rechtsseitige Pyelonephrose — das Becken hielt 80 ccm — und auf der linken Seite eine Hydronephrose von 35 ccm Gehalt fest. Vorher hatte er das Fehlen eines Nierensteines und von Tuberkelbazillen festgestellt.

Verf. machte dann an der Pat. folgende Operationen: Dilatation und Curettage wegen exzessiven Menstrualblutungen. Dammplastik, Appendektomie, Salpingo-

Oophorectomia dextra, Verkürzung der Ligg. rot. durch Aufnähen derselben auf die Hinterfläche des Uterus. Faltelung des Nierenbeckens und Fixation beider Nieren. Langsame, aber befriedigende Konvaleszenz, nach 10 Wochen geheilt entlassen mit 8 Pfund Gewichtszunahme. Nur noch wenige Leukocyten im Urin. Die Nieren waren nicht mehr zu fühlen, und sicher bestand keine Urinansammlung mehr im Nierenbecken.

Verf. glaubt auf diese Weise eine Niere mit leichter Pyelonephrose gerettet zu haben.

Verf. empfiehlt aufs wärmste die oben beschriebene Methode der Injektion in Nierenbecken zwecks Diagnose einer Hydronephrose und des Grades derselben.

J. H. Hewitt (Baltimore). Nekrose des Nierenepithels bei Infektionen und Intoxikationen.

Verf. fand in der Literatur nur ganz unbestimmte Angaben über das Vorkommen von Nekrose bei Nephritis, entstanden infolge der verschiedensten Ursachen. Verf. beforschte ein Material von 2500 Autopsien, um die eigentliche veranlassende Ursache zu finden. Er gibt den klinischen und Autopsiebefund an zehn Fällen, in denen er ausgedehnte Nekrose des Nierenepithels fand.

In 5 Fällen handelte es sich um akute gelbe Leberatrophie — darunter eine Frau mit perniziösem Schwangerschaftserbrechen — mit Erkrankungsdauern von 2 Wochen, 10, 16, 7 und 3 Tagen, ein Magenkarzinom mit Streptokokkeninfektion nach Probelaparotomie, eine suppurative Tonsillitis mit folgender Allgemeininfektion (Streptokokkus, Mikrokokkus aureus, eine Rippenfraktur mit Pleuritis und Perikarditis, ein Fall von chronischem Alkoholismus, Delirium und Hyperpyrexie, und ein Fall von Beckenabszeß mit allgemeiner Peritonitis und Pleuritis. Mit Ausnahme von einem Fall, in dem keine Kulturen angelegt wurden, ergab der bakteriologische Befund in den meisten Fällen Streptokokkus, sonst Bakterium coli.

In jedem der Fälle war die Niere demnach durch irgendein im Blute zirkulierendes Gift affiziert, bakterieller oder anderer Natur, welches so schnell die empfindlichen Epithelzellen zerstörte, daß es keine Zeit zu einer Reaktion irgendwelcher Art hatte. Die Läsion der Niere ist ganz analog den Nekrosen der Leber, welche man unter dem Namen der akuten gelben Atrophie klassifiziert, von der unter den zehn Fällen je fünf waren. Aber wie in den Fällen von Lebernekrose sich nicht immer komplette Nekrose des Nierenepithels findet, so war auch hier in dem Rest der Fälle, wo das Nierenepithel durch bakterielles oder anderes Toxin zerstört war, die Leber frei. **Eversmann** (London).

Geburtshilfliches.

2) H. v. Bardeleben (Berlin). Der Ballon als geburtshilflicher Dilatator.

(Med. Klinik 1906. Nr. 18 u. 19.)

Im Gegensatz zum Bossi'schen Instrument soll v. B.'s Arbeit den unelastischen Ballon von Champetier de Ribes dem Praktiker als zweckentsprechenden, geburtshilflichen Dilatator in die Erinnerung zurückrufen, dessen Vorzüge B. wesentlich in folgenden sechs Punkten sieht:

1) Die kreisförmige universale Angriffsfläche;

2) die übertragene keilförmige Seitenwirkung, die stets an Intensität zurücksteht gegen

3) die Dehnung in der Längsrichtung;

4) die vollkommenere Erlahmung der Cervixmuskulatur, die dadurch bedingt wird, und

5) das bequeme und offensichtliche Kriterium, das automatisch den Nachgiebigkeitsgrad anzeigt, endlich und vor allem

6) die Kontinuierlichkeit der Dilatationswirkung. **Zurhelle** (Bonn).

3) **A. Martin** (Greifswald). Zu den modernen Entbindungsoperationen.

(Med. Klinik 1906. Nr. 13.)

An der Hand einiger ausführlich besprochener Fälle warnt M. vor einer ausgiebigeren Verwendung der Kolpohysterotomie — des vaginalen Kaiserschnittes — und der Hebotomie in der Praxis ohne ausgiebige Vorbereitung und Assistenz, da sich Schwierigkeiten aller Art (Orientierung?) nicht allein dem Ungeübten in sehr unbequemer Weise entgegenstellen können. M. ist eher geneigt der kommenden Generation der praktischen Ärzte diese Operation frei zu geben, die durch die Übungen in der gynäkologischen Operationstechnik besser vorbereitet ist. Als die Domäne des vaginalen Kaiserschnittes betrachtet M. die Eklampsie, die Fälle von Kollaps bei Herz- und Lungenkrankheiten, auch die Erkrankungen der Mutter, soweit sie die unmittelbare Entbindung erfordern, selbst eventuell im Beginn einer Genitalinfektion. Für die Behandlung der Placenta praevia lehnt M. mit Hofmeier den vaginalen Kaiserschnitt ab. Für M. ist hier die Metreuryse »die« Therapie. Bei der Raumgewinnung der beckenerweiternden Operation, der Hebotomie im besonderen, hat M. den Eindruck gewonnen, daß an dem Klaffen der Schambeinwunde nicht so sehr der Druck auf den Kopf von oben als die Rotation des betreffenden Oberschenkels im Sinne der Obduktion beteiligt war. M. hält es für möglich und für wahrscheinlich, daß durch Hebotomie und Kolpohysterotomie, eventuell durch die Kombination beider Eingriffe, die künstliche Frühgeburt, die prophylaktische Wendung die Perforation des lebenden Kindes nach und nach in die Reihe der historischen Eingriffe verschoben werden. **Zurhelle** (Bonn).

4) **B. Weisberg** (Warschau). Über Zurückbleiben der abgestorbenen Frucht in der Gebärmutter.

(Gazeta lekarska 1905. Nr. 43—45.)

I. 24jährige Nullipara wurde vor 6 Jahren gravid. Anfang des 8. Schwangerschaftsmonates Unterleibsschmerzen, Erbrechen, Blutung, nach 3tägiger Bettruhe Besserung. Die Frau wurde allmählich arbeitsfähig, jedoch wiederholten sich die Leibschmerzen alle 2—3 Wochen. Eine Geburt erfolgte nicht, dafür trat nach $^1/_2$ Jahre die Menstruation auf, anfangs in 8-, dann 6-, endlich in 4wöchentlichen Pausen, stark, Dauer 5—7 Tage.

Seit 1 Jahre bestand eitriger Ausfluß aus der Scheide. Vor 1 Monat ist in der Nabelgegend eine Fistel durchgebrochen, aus deren Öffnung Eiter profus sich entleerte, während gleichzeitig die Sekretion aus der Vagina sistierte. Diese Beschwerden veranlaßten Pat. das Krankenhaus aufzusuchen. Bei der Aufnahme findet man einen unbeweglichen, harten Tumor, von glatter Oberfläche, aus dem Becken hervorragen, seine Kuppe reicht vier Querfinger oberhalb des Nabels. Eine durch die Nabelfistel wie auch durch die Cervix eingeführte Sonde stößt auf rauhen Knochen an. Bei Druck auf den Tumor hört man Krepitation. Selbiger erweist sich auch bei kombinierter Untersuchung als ein gravider, mit den Bauchdecken verwachsener Uterus.

Laparotomie, Entfernung der lose liegenden, von Periost entblößten Kindsknochen aus der Uterushöhle. Mikulicztampon, nach 4 Wochen Heilung p. s.

Der Fall wurde im Jahre 1897 im Spital Kindlein Jesu in Warschau beobachtet. 1 Jahr darauf war die Kranke wieder gravid, bereits im 8. Monat, die Frucht war wieder tot. Sie wurde durch Kaiserschnitt in der alten Narbe entbunden.

II. 35jährige VIpara, im 4. Schwangerschaftsmonat, erkrankt nach einer Wagenfahrt unter Leibschmerzen. Um die Mitte der Schwangerschaft fühlt sie keine Kindsbewegungen. Vom 6. Monat an wiederholen sich in unregelmäßigen Pausen Schmerzanfälle und Blutungen. Am normalen Schwangerschaftsende wird eine 12 cm lange Frucht männlichen Geschlechtes geboren, Placenta wurde 2 Tage darauf digital gelöst. **H. Ehrlich** (Przemyśl).

5) **M. Plaut** (Leipzig). Über Missed labour (Missed abortion).

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 29.)

P. empfiehlt statt der Ahlfeld'schen Verdeutschung: »Unterbliebene Geburt«, die nichts über das wichtigste Symptom, den Fruchttod, aussagt, lieber »Verhaltung der abgestorbenen uterinen Frucht« zu sagen, oder noch kürzer für die häufigen mumifizierten Früchte: »Eintrocknung der uterinen Frucht«.

P. bespricht zwei solche Fälle aus seiner Praxis, in denen als Ursache ein Trauma sich aus der Anamnese ergab. Bei vielen Fällen in der Literatur fiel P. die Erwähnung von Traumen und Peritonitis auf, sei letztere nun traumatischen Ursprunges oder durch Tuberkulose, oder durch Syphilis veranlaßt. Schwächung der Muskulatur und Störung des Innervationsapparates dürfte durch Entzündung des serösen Überzuges hervorgerufen sein. Neben der Ätiologie bespricht Verf. noch die subjektiven Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie, welch letztere im allgemeinen im Abwarten bestehen muß. **Zurhelle** (Bonn).

6) **Audebert.** Diagnose der partiellen Placentarretention nach der Geburt.

(Province méd. 1906. März 24.)

Eine Zweitgebärende wird der Klinik überwiesen, nachdem sie außerhalb derselben 3 Tage vorher von einer Hebamme entbunden worden war. Die Geburt, im 6.—7. Monate, ging sehr schnell spontan vonstatten. Da es nach der Geburt des Kindes stark geblutet hatte, hatte die Hebamme die manuelle Placentarlösung vorgenommen. Bei der Einlieferung macht die Wöchnerin den Eindruck einer schwer Infizierten. Temperatur 38,8°, Puls 128. Dyspnoe. Halluzinationen. An dem Herzen hört man leicht hauchende Geräusche, und über beiden Lungen, besonders rechts, Rasseln. Der Leib ist nicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft. Der genitale Tastbefund ergibt nichts Besonderes. Im Laufe des nächsten Tages verschlechtert sich das Allgemeinbefinden. Bei der Austastung des Uterus findet man an der Vorderwand mehrere große Placentarreste. Dieselben werden entfernt. Am Nachmittage verschlechtert sich der Zustand immer mehr, und gegen abend stirbt Pat. Bei der Sektion ergibt sich eine mäßige Kongestion beider Lungen. An dem Peritoneum finden sich keine wesentlichen Veränderungen. In der stark vergrößerten Leber sieht man zahlreiche kleine Hämorrhagien. Im Uterus finden sich noch mehrere Reste von Placenta. Anschließend an diesen Fall bespricht Verf. die totale oder partielle Retention der Placenta kurz nach der Geburt und die Möglichkeit der Diagnosenstellung in derartigen Fällen. Irrtümer in der Diagnose sind nur bei akzessorischer Placenta möglich, wenn diese von der Hauptplacenta völlig getrennt ist.

E. Runge (Berlin).

7) **E. P. Davis** (Philadelphia). Die Behandlung der Placenta praevia.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1906. Nr. 1.)

Bericht über vier selbstbeobachtete typische Fälle von Placenta praevia. Eine Primipara, drei Multiparae, von letzteren starb eine, zu welcher er erst spät hinzukam; Behandlungsmethode im wesentlichen die übliche. Oberste Grundsätze: völlige Entleerung des Uterus, so schnell als möglich. Nur das Leben der Frau soll berücksichtigt werden. Wahl der Entbindungsmethode angepaßt jedem einzelnen Falle. Wert der Tamponade liegt in der Verminderung der Blutung, ohne sie gänzlich verhindern zu können, und Vorbereitung des Cervicalkanales für schleunige Entbindung. Er verwirft Bossi in solchen Fällen und nennt die Hand den sichersten vorbereitenden Dilatator. Der Operateur soll, wenn möglich, über reichliche Assistenz verfügen; reichliche Verwendung der Kochsalzinfusion schon vor Entleerung des Uterus. Nachher feste Tamponade nicht nur des Uterus, sondern auch der Vagina. Zwecks Verhütung eines sekundären Shocks Anwendung des faradischen Stromes mit beständiger Anlage des positiven Poles unter das Cerebellum. Bei Herzschwäche Digitalis. Sekundärer Kollaps muß stets innerhalb 3 Stunden post partum erwartet, und darum Pat. nicht ohne Wache gelassen wer-

den. Große Gefahr der septischen Infektion. Bei Subinvolution in der Rekonvaleszenz Curettage. In der Klinik kann bei den Primiparae Sectio caesarea in Frage kommen. **Eversmann** (London).

8) E. Herz (Rzeszów). Abnorme Adhärenz der Placenta und ihr Einfluß auf die Wehentätigkeit.

(Wiener klin.-therapeut. Wochenschrift 1906. Nr. 29.)

Verf. teilt aus seiner Praxis drei Fälle mit, in denen nach langsamer, wenig ausgiebiger Wehentätigkeit schließlich die manuelle Lösung der fest mit der Uteruswand verwachsenen Placenta nötig wurde. In einem Falle hat Verf. zu diesem Zwecke den Uterus invertiert, und nach Lösung der Placenta (die stellenweise mittels Schere vorgenommen werden mußte) die Gebärmutter reinvertiert; Heilung nach febrilem Wochenbett; in diesem Falle war bereits früher eine manuelle Placentalösung mit fieberhaftem Wochenbette vorhergegangen, in einem zweiten Falle nur zweimalige manuelle Placentalösung, im dritten Falle ein endometritischer Prozeß. **Keitler** (Wien).

9) N. Charles (Liège). Rechtsseitige Gesichtslage mit nach hinten gerichtetem Kinne. Normale Geburt. Ungestörtes Wochenbett.

(Journ. d'accouchements 1906. April 15.)

Dafür, daß auch die Gesichtslagen mit nach hinten gerichtetem Kinn spontan verlaufen können, führt Verf. ein Beispiel an: 19½jährige Ipara zeigt bei der äußeren Untersuchung und auch von seiten aller sonstigen Körperorgane keine Besonderheiten. Sie kommt kreißend in die Klinik. Der Muttermund ist Zweimarkstück groß, die Blase steht. In den Wehenpausen fühlt man deutlich, daß es sich um eine Gesichtslage handelt, und zwar ist das Kinn nach hinten und rechts gerichtet. Die Wehen sind gut, die Erweiterung des Muttermundes schreitet normalerweise vorwärts, die Blase springt, und bald darauf erscheint das Gesicht des Kindes in der Vulva; das Kinn hat sich von selbst nach vorn gedreht. Bald darauf wird der Kopf in für Gesichtslage typischer Weise geboren. Die Nachgeburtszeit verläuft normal. Das Kind wiegt 2650 g. Der Kopf zeigt dolichocephale Formation. Verf. gibt dann die genauen Kopfmaße des Kindes an, die nichts Besonderes aufweisen. Man ersieht hieraus nach Verf., daß die Dolichocephalie eine Kopfform ist, die aus einer Anpassung des Kopfes an das Becken bei Gesichtslage resultiert. Das Wochenbett verlief normal.

E. Runge (Berlin).

10) L. Seeligmann (Hamburg). Über einen Fall von ausgetragener Bauchhöhlenschwangerschaft mit dem Sitze des Mutterkuchens auf der Unterfläche der Leber und der Gallenblase der Mutter.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 22.)

Der hier beschriebene Fall gehört nicht allein als operierte, ausgetragene Bauchhöhlenschwangerschaft zu den interessanten Fällen, die in bezug auf dieses Kapitel in der gynäkologischen Literatur publiziert worden sind, sondern auch hauptsächlich dadurch, daß die Placenta zum größten Teile auf der Unterfläche der Leber und Gallenblase der Mutter, zum kleineren Teile auf dem Peritoneum parietale des rechten Hypochondriums aufsaß. Der Verlauf der Krankengeschichte (die Frau war 6 Wochen nach der Operation gänzlich genesen und konnte das Krankenhaus ohne Beschwerden verlassen) lehrt uns, daß trotz der ungemein schwierigen Situation, die durch den merkwürdigen Sitz der Placenta geschaffen wurde, das abwartende Verfahren die Methode der Wahl in solchen Fällen sein dürfte. Die Gefahr, daß die Jauchung im Fruchtsacke die abgeschlossene Bauchhöhle infizieren könnte, war allerdings groß, aber die Beobachtung gerade in diesem Falle hat doch ergeben, daß die Abkapselung infolge des Abschlusses der Bauchhöhle eine große Widerstandsfähigkeit gegen die Infektion darstellt. Es ist außerordentlich interessant, daß der peritoneale Überzug der Leber und das Peritoneum

parietale der Bauchwand sich so umwandeln konnten, daß sie einen geeigneten Mutterboden zur Ernährung des Kindes bis zu seiner völligen Entwicklung abgaben. **Zurhelle** (Bonn).

11) **Alexandrow** (Samos). Gestieltes Fibrom des Rektums, den Durchtritt des Kindes während der Geburt verhindernd.

(Bull. génér. de thérapeut. 1906. April 30.)

41jährige Multipara, deren frühere Geburten normal verlaufen waren, und deren letzte Schwangerschaft keine Besonderheiten aufwies. In letzter Zeit war der Stuhldrang sehr intensiv, ohne daß der Erfolg entsprechend war. Zur Zeit der Untersuchung war der Muttermund völlig eröffnet und die Blase gesprungen. Hinter und links vom Uterus fühlt man einen harten Tumor, der auf drei Querfinger in den Uterus hineinragte und ihn an seiner Ausdehnung hinderte; es machte den Anschein, als ob er von ihm ausginge. Dieser Tumor bildete die Ursache, warum die Geburt trotz der kräftigen Wehen nicht vorschritt. Das Becken war normal, die kindlichen Herztöne erschienen in Ordnung. Da die Geburt durch eigene Kraft des Uterus nicht beendigt wurde, wird zur Anlegung des Forceps geschritten. Die Operation geht schwer, aber glücklich vonstatten, das Kind stirbt jedoch kurz nach der Geburt. Während der Geburt selbst war der Tumor durch den After nach außen getreten, und hing an einem durchrissenen schlanken Stiel. Die Größe des Tumors war 20 cm im Durchmesser, sein Gewicht 150 g, seine Konsistenz sehr hart. In den nächsten Tagen stellte sich Temperaturerhöhung und Aufgetriebensein des Leibes ein, Erscheinungen, die jedoch nach 4 Tagen auf geeignete Behandlung verschwanden. **E. Runge** (Berlin).

12) **P. Findley** (Chicago). Bericht über einen Fall von Sectio casarea mit fraglicher Indikation.

(Surgery, gynecol. and obsetr. Vol. II. Nr. 1.)

37jährige IIpara. Erste Geburt ohne Hilfe glatt, kurz. Kind $7^1/_2$ Pfund schwer. Normales Puerperium. 2 Jahre später Portioamputation. 1 Jahr später Eintritt der zweiten Schwangerschaft; völlig normal, jetzt Ende derselben. Nach 24stündiger Wehentätigkeit untersuchen zwei Ärzte in Narkose 1 Stunde lang mit »Augen, Fingern und Sonde« ohne den Cervicalkanal zu finden. 36 Stunden nach Wehenbeginn in des Verf.s Hospital. Frau sehr erschöpft, schwache, seltene Wehen, fötale Herztöne 160, kräftig, regelmäßig, Kopf beweglich über dem Becken. Schwach blutiger vaginaler Ausfluß. Ein beabsichtigter vaginaler Kaiserschnitt unmöglich, Vaginalwände hochgradig ödematös, selbst in Narkose keine Cervix, kein Cervicalkanal, sondern nur strahlige Narben im Vaginaldach zu finden. Da inzwischen der mütterliche Puls auf 130, der fötale auf 180 gestiegen war, nach Tamponade der Vagina Sectio caesarea; normaler Operations- und Puerperiumverlauf, lebendes $7^1/_2$ Pfund schweres Kind.

Von der Exstirpation des Uterus wegen des Zustandes der Frau Abstand genommen, für den Fall der Unmöglichkeit der Drainage wurde sie für später event. ins Auge gefaßt; die Drainage ließ sich aber nach Abschwellen des Ödems mit Leichtigkeit herstellen.

2 Wochen nach der Entbindung ließ sich durch eine kleine, inmitten von festen Narben gelegene Öffnung durch eine feine Sonde der Uterus nach allen Richtungen abtasten.

Verf. wirft die Frage auf, ob es möglich gewesen wäre, mit weniger Risiko für Mutter und Kind die Geburt auf andere Weise zu beendigen.

Eversmann (London).

13) **Herz** (Rzeszów). Über vaginalen Kaiserschnitt und seitliche hohe Cervixinzision (vier Fälle aus der Privatpraxis).

(Przegląd lekarski 1906. Nr. 24 u. 25.)

Bericht über drei Fälle von vaginalem Kaiserschnitt im Privathause, zweimal auf dem Land in einer Bauernstube, wobei einmal nur der Mann der Kreißenden

allein die Assistenz besorgte, ein andermal mit Hilfe nur eines einzigen ärztlichen Assistenten. Zweimal war die Indikation: Rigidität der Cervix bei älteren Erstgebärenden, einmal vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. In den beiden ersteren Fällen wurde das Kind mittels Forceps entwickelt, im dritten Wendung und Extraktion. In einem vierten Falle — Eklampsie — wurden zwei seitliche, hohe Cervixinzisionen gemacht, nachher Zange.

Ref. findet in dem ausführlichen Operationsberichte keine Erwähnung von einer Spaltung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes, von einer eventuellen Abschiebung der Blase, von einer Naht der Scheidengewölbe und muß auf Grund der Schilderung des Operationsverlaufes annehmen, daß in allen vier Fällen nur tiefe Cervixinzisionen (aber nicht nach Dührssen) ausgeführt wurden. Zange nach vaginalem Kaiserschnitte dürfte auch nicht »typisch nach Dührssen« sein.

H. Ehrlich (Przemyśl).

14) **Sołowij** (Lemberg). Über den Wert der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken.

(Lwowski tygodnik lekarski 1906. Nr. 5 u. 6.)

S. stellt in zwei Tabellen die Resultate der künstlichen Frühgeburt wegen Beckenverengerung aus mehreren Gebäranstalten zusammen mit dem Ergebnis, daß 66% der frühgeborenen Kinder lebend die Anstalt verlassen. Die Geburten am normalen Schwangerschaftsende bei denselben Gebärenden ergaben nur 25% lebend entlassener Kinder. Betreffs des späteren Befindens der Frühgeborenen verweist Verf. auf die Arbeit Ostrčil's, nach welcher 52,7% dieser gegenüber 60,5% rechtzeitig geborener Kinder das 1. Lebensjahr überlebten.

Auch auf Grund eigener Erfahrung empfiehlt S. warm die Einleitung der künstlichen Frühgeburt am Ende der 36. Schwangerschaftswoche, bei Mehrgebärenden mit einer Conj. vera von 7—9 cm (plattes Becken) und $7^1/_2$—$9^1/_2$ cm (allgemein verengtes Becken). Oberhalb dieser Grenzen nur in Fällen, wo die früheren Geburten keine lebenden Kinder zeitigten. Vor Einleitung der künstlichen Frühgeburt muß man die sichere Überzeugung haben, daß die Frucht lebt, ferner daß keine Zwillinge da sind, da solche Frühgeborene schwer am Leben zu erhalten sind und auch bei Beckenverengerung in obengenannten Grenzen am normalen Schwangerschaftsende spontan geboren werden.

Die günstigste Lage der Frucht bei künstlicher Frühgeburt ist die Schädellage.

Bei unverheirateten Frauen soll man nur ausnahmsweise die künstliche Frühgeburt einleiten, da in diesen Verhältnissen frühgeborene Kinder alsbald zugrunde gehen.

Die beste Methode der Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist diejenige mittels Metreuryse.

Bei Primiparen ist bei Conj. vera von 7—9 cm die spontane Geburt am normalen Schwangerschaftsende abzuwarten. **H. Ehrlich** (Przemyśl).

15) **Wisłocki** (Łódź). Dammschutz.

(Czasopismo lekarskie 1905. Nr. 6.)

Die Frage des Dammschutzes bei der Geburt scheint die Geburtshelfer in den letzten Jahren fast gar nicht zu beschäftigen, trotzdem sie mit den üblichen Methoden des Dammschutzes nicht zufrieden sind. Auch Verf. sah ihre Unzulänglichkeit ein und übte längere Zeit hindurch keinen Dammschutz aus, Fälle ausgenommen, wo eine Dammruptur drohte, in denen er dann episiotomierte. Dort, wo sich W. gänzlich passiv verhielt, konnte er beobachten, daß der ganze Rand des Introitus gleichmäßig vom vordringenden Kindskopfe gespannt war, und daß in solchen Fällen äußerst selten Risse vorkamen. Daraus schließt Verf., daß die Aufgabe des Dammschutzes darin besteht, die ganze Schamspalte in eine solche Lage zu bringen, daß ihr Rand vom durchschneidenden Kopf überall und gleichmäßig in Anspruch genommen werde. Der einzige Weg, dieses Ziel zu erreichen, ist das Herabziehen des Introitus nach unten resp. hinten, in die Achse der Scheide

und des vordringenden Kopfes. Des letzteren tiefster Punkt kommt dann in die Mitte der Schamspalte, und der Druck des Kindskopfes verteilt sich dann gleichmäßig auf alle Teile des Introitusrandes, wodurch ein Dammriß vermieden wird.

Zum Schluß beschreibt Verf. die Lagerung der Hände zur Erreichung obigen Zweckes. **H. Ehrlich** (Przemyśl).

16) German. Ein Fall von Komplikation der Schwangerschaft und Geburt durch einen Ovarialtumor.

(Medycyna 1905. Nr. 49.)

Die den Douglasraum fast ausfüllende Geschwulst wurde erst unter der Geburt wahrgenommen. Es gelang den Tumor von der Scheide und Rektum aus in die Bauchhöhle hinaufzuschieben und so die spontane Geburt zu ermöglichen. Kind tot. Fieberfreies Wochenbett.

3 Wochen nach der Entbindung Laparotomie, wobei das kindskopfgroße Kystom des linken Eierstockes entfernt wurde. Der Stiel war zweimal nach rechts gedreht.

Der Fall stammt aus der Münchener Universitäts-Frauenklinik.

H. Ehrlich (Przemyśl).

17) J. Veit (Halle a. S.). Über die Behandlung des engen Beckens.

(Medizinische Klinik 1906. Nr. 20.)

Die Beckenerweiterung hat unsere Indikationsstellung bei engem Becken zugunsten der Erhaltung des kindlichen Lebens, und zwar ohne Gefährdung des Lebens der Mutter verschoben. V. stellt die Anzeige zum Kaiserschnitt wenn möglich in der Schwangerschaft; er entschließt sich zum Kaiserschnitt während der Geburt, wenn irgend möglich, nur bei völlig günstigen Verhältnissen des Keimgehaltes der Scheide und der Eihöhle. Auch bei absoluter Indikation zum Kaiserschnitte lehnt V. ihn jetzt ab, wenn die Kreißende schon vorher untersucht war, um theoretisch wie praktisch beim Kaiserschnitte keine Mortalität mehr zu haben. Lieber machte V. in solchen Fällen Pubiotomie und anschließend Perforation selbst des lebenden Kindes. Im übrigen wartet V. mit Ausnahme der Indikationsstellung zur prophylaktischen Wendung im allgemeinen beim engen Becken so lange ab, bis eine deutliche Anzeige zur Beendigung der Geburt besteht. V. hält es für das einzig richtige Prinzip der modernen Geburtshilfe auf das äußerste die Perforation des lebenden Kindes zu vermeiden. Nur ausnahmsweise will V. den Rat zur Einleitung der Frühgeburt gegeben wissen. Für ihn kommen jetzt besonders diejenigen Fälle hierbei in Frage, bei denen es sich um ein allgemein verengtes Becken und um Frauen handelt, deren Schwangerschaft das vorige Mal abnorm lange gedauert hat. Die gewöhnlichen Formen des platten Beckens möchte V. mit dieser Methode nicht mehr gern behandeln, weil das kleine Kind den Gefahren des extra-uterinen Lebens gegenüber nur allzuwenig widerstandsfähig ist.

Zurhelle (Bonn).

18) N. Charles. Albuminurie, Eklampsie und Urämie.

(Journ. d'accouchements 1906. Mai 20.)

Eine Frau wird, nachdem sie unterwegs das Kind geboren hat und dieses an Asphyxie gestorben ist, in tiefem Koma in die Klinik eingeliefert. Die Placenta liegt in der Vagina; sie wird entfernt und eine Spülung vorgenommen. Die unteren Extremitäten und das Gesicht sind geschwollen; der Urin enthält 12‰ Eiweiß. Kurz nach der Einlieferung tritt ein schwerer eklamptischer Anfall auf, so daß künstliche Atmung und Sauerstoffinhalation nötig sind. Puls 160. Temperatur 37,0°. Derartige Anfälle wiederholen sich. Die Therapie besteht hauptsächlich in der Darreichung von Narkoticis. Im Laufe des nächsten Tages stellen sich weitere Anfälle ein, und es tritt vollständige Anurie auf. Aus der von den Verwandten aufgenommenen Anamnese ergibt sich, daß die Pat. schon mehrere Wochen vor der Geburt über starke Kopf- und Magenschmerzen geklagt hat. In letzter Zeit

hatte sich auch Geschwollensein der unteren Extremitäten eingestellt. Plötzlich war ein eklamptischer Anfall aufgetreten, dem ein dauerndes Koma folgte. Von dem Einsetzen der Geburtstätigkeit war nichts bemerkt worden. In der Folgezeit der klinischen Behandlung bessert sich der Zustand anfangs, das Ödem schwindet, die Respiration wird besser, dann aber verschlechtert sich der Zustand weiter, Puls und Atmung werden schlechter, und in tiefem Koma stirbt Pat. Eine weitere Besprechung des Falles, speziell einer geeigneteren Therapie in der Form von Entkapselung der Niere und Nephrotomie verschiebt Verf. auf später.

E. Runge (Berlin).

19) **N. Charles.** Albuminurie und Eklampsie im Wochenbett.

(Journ. d'accouchements 1906. Mai 27.)

26jährige IIIpara kommt kreißend in die Anstalt. Die vorangegangenen Geburten waren normal. Bei der Untersuchung fühlt man den Kopf schon in der Vulva stehend. Er wird einige Minuten darauf geboren. Das Kind lebt; die Nachgeburtszeit verläuft normal. Nach der Geburt tritt ödematöse Schwellung der Knöchel, aber kein Eiweiß im Urin auf. Die Wöchnerin klagt über Kopfschmerzen und Übelkeit. Ungefähr 6 Stunden post partum ein nicht sehr schwerer eklamptischer Anfall. In der Folgezeit schnell hintereinander mehrere schwere Anfälle, die schließlich zu Koma führen und künstliche Atmung nötig machen. Der Urin zeigt jetzt mäßige Spuren von Eiweiß. Unter geeigneter Therapie erholt Pat. sich allmählich, das Sensorium kehrt zurück. Das Ödem hat inzwischen aber zugenommen. Am zweiten Tage post partum tritt ein intensiver Ikterus auf. Das Sensorium ist wieder völlig klar geworden. Die Kranke klagt über Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Hypochondrium. Eine vorsichtige Untersuchung der Genitalien ergibt keine Besonderheiten. Am Nachmittage des 3. Tage post partum ist Pat. somnolent. Ihr Aussehen verschlechtert sich am folgenden Tage weiter, und der Puls wird fadenförmig, sehr schnell. Stimulantia werden gereicht. Am folgenden Tage zeigt sich ein großer Dekubitus an der Unterlippe, das Allgemeinbefinden verschlechtert sich weiter, und am Abend tritt bei völliger Bewußtlosigket der Exitus letalis ein. Bei der Sektion findet sich in der Regio hypogastrica ein seröser Erguß, während die Leber von einer trüben Flüssigkeit umgeben ist. Die Nieren sind stark verändert; jedoch nicht so sehr als die Leber, die fettige Degeneration und Nekrose mit interzellulärer Gallenstauung aufweist. Die letzte Ursache für den Tod muß somit in den Veränderungen der Leber gesucht werden.

E. Runge (Berlin).

20) **W. E. Fothergill** (Manchester). Ein Fall von Eklampsie mit nachfolgender puerperaler Melancholie und deren Behandlung mit Schilddrüsensubstanz.

(Edinb. med. journ. 1906. März.)

F. bringt eine ausführliche Krankengeschichte einer 44jährigen Erstgebärenden, die er gleich nach dem ersten schweren Anfalle mit der Zange entbinden konnte. Die Hauptbehandlung bestand in wiederholten Aderlässen. In den ersten 14 Tagen befand sich Pat., von Kopfschmerzen abgesehen, die hier und da außerordentlich heftig waren, ganz wohl, insbesondere war die Psyche intakt. Nach dieser Zeit trat nun plötzlich eine schwere Melancholie ein: die Frau verweigerte jegliche Nahrungsaufnahme. Es traten Sprachstörungen auf und eine Art Schlafsucht. Zugleich bestand Pulsverlangsamung. (46 Schläge in der Minute.) Der Urin war eiweißfrei. 3 Tage nach dem Auftreten dieser Symptome begann F. mit der Darreichung von Thyroidsubstanz, von dessen Wirkung bei Eklampsie F. sich überzeugt hatte. Der Puls, an dessen Frequenz F. die Wirkung der Schilddrüsensubstanz bemaß, nahm nach der Darreichung um 5—6 Schläge in der Minute zu. 7 Tage nach Beginn der Melancholie, nach Einnahme der dritten Tablette, wurde das Allgemeinbefinden besser. Die Pat. begann wieder die Umgebung zu erkennen. F. glaubt durch die Darreichung von Schilddrüsensubstanz bzw. die dadurch bewirkte antitoxämische Behandlung dieser puerperalen Psychose dieselbe abgekürzt zu haben.

Zurhelle (Bonn).

21) **G. Vassale.** Schwangerschaftseklampsie und Insuffizienz der Parathyreoiddrüsen.

Med.-chir. Gesellschaft in Modena. Sitzung vom 4. Juli 1906.

Die parathyreoidale Theorie der Schwangerschaftseklampsie, welche der Verf. im vergangenen Jahr auf experimenteller Basis und auf Grund klinischer Beobachtungen formulierte, hat in der Zwischenzeit folgende Bestätigung erfahren: a. Von pathologisch-anatomischen Beobachtungen, welche in Leichen von Eklamptischen, Veränderungen oder kongenitalen Mangel einer oder zweier Parathyreoiddrüsen feststellten (Pepere, Zanfrognini); b. von neuen klinischen Beobachtungen über glückliche Wirkungen der parathyreoidalen Therapie gegen die eklamptischen Krämpfe (Zanfrognini, Stradivari); c. und von neuen experimentellen Untersuchungen an trächtigen Katzen und Mäusen (Zanfrognini, Erdheim, Thaler und Adler), welche bestätigen, daß bei der latenten parathyreoidalen Insuffizienz im letzten Drittel der Schwangerschaft regelmäßig schwere krampfhafte parathyreoprive Erscheinungen (experimentelle Eklampsie) auftreten.

Der Verf. berichtet über drei, in diesem Jahre durch ihn mit Exstirpation dreier Parathyreoiddrüsen operierten, trächtigen Hündinnen. Die Hündinnen befanden sich bis zu den letzten Tagen der Schwangerschaft wohl. Bei zweien trat die experimentelle Eklampsie ca. 2 Tage vor dem Partus ein. Bei einer dieser beiden Hündinnen wurde die parathyreoidale Behandlung per os mit sehr starken Dosen durchgeführt. Die Krämpfe hörten auf; und immer unter dem Einfluß des auch nach dem Aufhören der ersten krampfhaften Anfälle subministrierten Parathyroidin warf die Hündin drei Junge, welche innerhalb dreier Tage aus Mangel an Milchabsonderung der Mutter eingingen. Bei der anderen Hündin wurde keine parathyreoidale Behandlung durchgeführt; und nach ungefähr 40 Stunden vom Eintreten des ersten leichten Anfalles der parathyreopriven Tetanie, erlag dieselbe einem neuen heftigen Krampfanfall, ohne dazu zu gelangen die vollkommen reifen Föten zu werfen.

Die dritte Hündin wurde erst wenige Augenblicke vor dem Partus von den Krämpfen befallen: Parathyroidin in starker Dosis wurde subministriert; die Hündin konnte sechs Junge werfen, von denen sie vier säugte und aufzog. Sie zeigte während der Säugung von neuem einen heftigen Anfall von parathyreopriver Tetanie, der mit starken Dosen von Parathyroidin bekämpft wurde; in der Folge war sie, wie die erste Hündin, immer im besten Zustande.

Der Harn dieser Hündinnen enthielt Albumin (0,5—1°/₀₀), welches sich in den letzten Tagen der Schwangerschaft vermehrte: Das Albumin verschwand nach dem Partus ziemlich rasch. Dem Eintreten der experimentellen Eklampsie ging bei den Hündinnen eine Periode von Oligurie oder Anurie voraus.

Der Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auch auf die klinische Analogie, betreffend die Veränderung der renalen Funktionen, welche seine Hündinnen gezeigt haben, mit jener, welche man bei eklamptischen Frauen beobachtet. Bei der Pathogenese der Schwangerschaftsniere, welche die größte Bedeutung hat, um das Eintreten der latenten parathyreoidalen Insuffizienz und damit der eklamptischen Krämpfe hervorzurufen, wirken nicht allein autotoxische, sondern auch mechanische Momente (Kompression der schwangeren Gebärmutter) mit, welche in der Niere Blutkreislaufstörungen und Harnstauungen produzieren. Der Verf. konstatiert, daß bei partiell parathyreoidektomierten Hunden die partielle Okklusion der Ureteren das rasche Eintreten von schweren parathyreopriven Krämpfen bewirkt, welche die Tiere im Zeitraume von 15—20 Stunden töten.

Außerdem können, wie bekannt, die Muskelanstrengung und die nervöse Erschöpfung das Eintreten der parathyreoidalen Insuffizienz hervorrufen. Dadurch versteht es sich leicht, daß bei der Primiparen, bei welcher die mechanischen Momente durch Druck der schwangeren Gebärmutter ohne Zweifel erhöhtere Bedeutung haben und außerdem die Dauer der Geburt länger ist, die Eklampsie häufiger auftritt, als bei der Pluriparen. (Autoreferat.)

22) **S. Pollitzer** (Wien). Ein Beitrag zur Anwendung der raschen Cervixdilatation nach Bossi.

(Wiener med. Wochenschrift 1906. Nr. 24.)

Verf. wurde zu einer Frau gerufen, welche vor 2 Stunden ein 9 Lunarmonate altes Kind geboren hatte. Die Placenta ging trotz Massage nicht ab, von anderer Seite war bereits Sekale gegeben worden, auch Expression blieb erfolglos. Die Frau war bereits stark anämisch, und so wollte P. die Placenta manuell lösen; bei der Untersuchung fand sich die Cervix 4—5 cm lang, für 1 Finger durchgängig, der Uterus, wohl infolge der Sekaledosen tetanisch kontrahiert. P. führte das Bossi'sche Instrument ein und dilatierte in wenigen Minuten bis auf 6 cm, worauf sich die Placenta leicht exprimieren ließ. **Keitler** (Wien).

23) **C. J. Gauss** (Freiburg). Die Anwendung des Skopolamin-Morphium-Dämmerschlafes in der Geburtshilfe.

(Med. Klinik 1906. Nr. 6.)

G.'s Erfahrungen gründen sich auf 300 genau beobachtete Fälle. Er benutzte dabei im allgemeinen zwei getrennte Lösungen: eine mit sterilem destillierten Wasser angesetzte 0,03%ige Lösung des von Merck in den Handel gebrachten kristallischen Scopolaminum hydrobromicum und eine 1%ige Morphiumlösung. Beide in weißen Gläsern, geschützt von Licht und Wasser aufbewahrt. G. gab 1$^1/_2$—2 ccm der ersten und zugleich 1 ccm der zweiten Lösung. War dann nach 2—3 Stunden die Merkfähigkeit der Pat. für neue Eindrücke noch völlig erhalten, so machte er noch eine Injektion von $^1/_2$—1 ccm der Skopolaminlösung, ohne zugleich Morphium zu geben, und so fort, bis deutliche Zeichen einer eintretenden Merkstörung vorhanden waren. Interessant war die wechselnde Empfänglichkeit der verschiedenen Organismen für die Skopolamin-Morphiumwirkung. In 5,7% kam die Wirkung infolge zu schnellen Geburtsverlaufes oder zu geringer Dosis überhaupt nicht zur Geltung. In 16,3% wurde eine deutliche, objektiv und subjektiv beobachtete Schmerzlinderung verzeichnet, entsprechend der bisher geübten Methode der geburtshilflichen Halbnarkose. In 78% dagegen erzielte G. einen je nach Umständen mehr oder weniger tiefen und ununterbrochenen Dämmerschlaf, der völlige Amnesie über den gesamten Geburtsverlauf erreichte. Schädigungen der Mutter und Schädigungen des Kindes im Verlauf des künstlichen Dämmerschlafes wurden nicht beobachtet. Neben der Schmerzlinderung hofft G. den auf nervösem Gebiet liegenden Schädigungen des Organismus durch die als psychisches Trauma wirkende Geburt erfolgreich mit der Anwendung des Skopolamin-Morphium-Dämmerschlafes entgegenzuarbeiten. **Zurhelle** (Bonn).

24) **Broeksmit** (Amsterdam). Über Verteilung der Geburten nach Monaten.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1905. II. Nr. 13.)

Statistische Arbeit über die Geburten in einigen Städten. Bestätigung der Konzeptionsmaxima im Mai und Dezember und Besprechung der Einflüsse der verschiedenen Lebensverhältnisse. **Werkman** (Leiden).

25) **Boerma** (Groningen). Ein neuer Forceps.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1905. II. Nr. 15.)

Zange für den tiefstehenden Kopf aus zwei nicht gekreuzten Armen; die Löffel sind gleich denen der Naegele'schen Zange. Vorteile sind die geringe Länge, 27$^1/_2$ cm, und das kleine Gewicht, nur 0,350 kg.

Werkman (Leiden).

26) **Van der Hoeven** (Leiden). Die Bedeutung des Blasensprunges für die Geburt.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1905. II. Nr. 5.)

Verf. empfiehlt die künstliche Sprengung der Fruchtblase bei normaler Hinterhauptslage in der ersten Hälfte der Eröffnungsperiode, da hierdurch die Geburt

beschleunigt werden soll. Er verteidigt diese Meinung aus theoretischen Gründen und gestützt auf den Verlauf von 300 Geburten. Diese hat er in Tabellen zusammengestellt nach Zeit des Blasensprunges und Dauer der Geburt. Aus diesen Tabellen ist ersichtlich, daß nach frühzeitigem Blasensprunge die durchschnittliche Geburtsdauer bei Erst- und Mehrgebärenden kürzer ist als wenn die Fruchtblase bei verstrichenem Muttermunde springt.

Daß die Zahl der Geburten, die er in seinen Tabellen anführt, zu klein ist, um allgemein gültige Regeln zu stellen, ist Verf. sich wohl bewußt. Diese Mitteilung sei nur eine vorläufige; später wird eine solche mit größeren Zahlen folgen.

Da das künstliche Sprengen der Blase nach Verf. eine Verstärkung der Wehentätigkeit zur Folge hat, empfiehlt er es auch beim verengten Becken mäßigen Grades. Auch seine diesbezüglichen Fälle führt er in Tabellen an. Aus denselben Gründen empfiehlt er den Eihautstich als die beste Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge. Kontraindikation zur frühzeitigen Sprengung geben nur ab ein abnorm rigider Muttermund bei der Ipara und Unmöglichkeit des Kopfeintrittes in das Becken. **Werkman** (Leiden).

27) **De Snoo** (Utrecht). Veränderung des kindlichen Kopfes während der Geburt.

(Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. 1905. Nr. 3/4.)

Verf. hat an 100 Schädeln genaue Messungen angestellt, unmittelbar nach der Geburt, 24 Stunden später und wieder nach einigen Tagen. So fand er, daß während der Geburt das Volumen des kindlichen Schädels bedeutend kleiner wird, durch Austreibung von Blut, Lymphe und Zerebrospinalflüssigkeit. Hierdurch wird ermöglicht, daß die Scheitelbeine sich aneinander verschieben. Er bestätigt die Resultate einiger früheren Untersucher, daß bei der Hinterhauptslage die D. fronti-occipit. verkleinert wird. Da die Höhe des Schädels stärker verkleinert wird, entsteht so die ausgezogene (scheinbar verlängerte) Form des in Hinterhauptslage geborenen Schädels. **Werkman** (Leiden).

28) **Elias** (Rotterdam). Intra-uterine Schädelverwundung.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1906. II. Nr. 7.)

Eine schwangere Frau stürzte rückwärts aus dem zweiten Stockwerk. Nach dem Sturz hat Pat. keine Kindsbewegungen mehr gespürt. Am nächsten Tage wurde sie spontan von einem toten Kinde entbunden. Bei der Sektion des Kindes fanden sich zwei Fissuren am rechten Scheitelbein, eine Fissur und eine Infraktion am Stirnbein. **Werkman** (Leiden).

29) **Kouwer** (Utrecht). Intra-uterine Verwundung der Frucht.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1906. I. Nr. 24.)

Verf. teilt zwei Fälle mit; der erste beim Kinde einer Hausschwangeren mit normalem Becken. Das Kind hatte bei der Geburt zwei kleine granulierende Wunden neben der kleinen Fontanelle. Die Geburt war ganz normal verlaufen. Da der Kopf die letzten 9 Wochen im Becken eingetreten gestanden hatte, ist es nahezu unmöglich, daß das Kind sich selbst durch Kratzen verwundet hat. Instrumentelle Verwundung durch die Mutter oder anderer ist auszuschließen, ebenso nach Verf. Drucknekrose der Schädelbedeckungen durch das Becken. Keine Syphilis in der Anamnese.

Der zweite Fall ist ein in Steißlage geborenes Kind mit einer nahezu geheilten Hautwunde zwischen großer und kleiner Fontanelle. Die Frau war vor 3 Monaten auf den Leib gestürzt. **Werkman** (Leiden).

30) **Van Oordt** (Rotterdam). Fall von intra-uteriner Leichenstarre.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1906. I. Nr. 1.)

Als die Austreibungsperiode 4 Stunden gedauert hatte, wurde die bis dahin ganz normal verlaufene Geburt durch forcipale Extraktion beendet. Vom Beginn der Geburt an wurden keine Herztöne gehört. Die Frucht war in der typischen

intra-uterinen Haltung erstarrt, wodurch die Extraktion des Kopfes und der Schultern erschwert wurde. Der Rigor war nach 2 Stunden verschwunden.

Werkman (Leiden).

31) **Boerma** (Groningen). Erweiterung des Muttermundes nach Bossi bei Eclampsia gravid.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1906. I. Nr. 9.)

Eklampsie bei einer Ipara in der 32. Woche. Keine Wehen. Cervix undurchgängig. Erweiterung des Halskanales mit Dilatatoren bis 2 cm. Manuelle Dilatation und Metreurynter blieben ohne Erfolge. Dann wurde der achtarmige Frommer'sche Dilatator angelegt und der Muttermund in $^3/_4$ Stunde bis $10^1/_2$ cm erweitert. Darauf Wendung und Extraktion. Lebendes Kind. Keine Cervixeinrisse. Keine Nachblutung. **Werkman** (Leiden).

32) **Seehorst** (Leeuwarden). Bedeutung der Fruchtblase bei der Geburt.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1906. I. Nr. 8.)

Scharfe Kritik der von van der Hoeven verteidigten Lehre, daß die frühzeitige Sprengung der Fruchtblase die Geburt beschleunigt. S. bekämpft die theoretischen Gründe, die van der Hoeven angeführt und den Wert der Schlüsse, die dieser aus seinen Tabellen gezogen hat. Mit Nachdruck hebt er die Gefahr des frühzeitigen Blasensprunges hervor. **Werkman** (Leiden).

33) **Boerma** (Groningen). Eine Hebotomie.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1906. I. Nr. 23.)

Hebotomie in einem Privathause bei einer IVpara. Beckenmaße: D. sp. 25, D. crist. 26. Baudel. 16, C. diag. $9^1/_2$ cm. 1. Geburt durch Zange beendet, 2. und 3. durch Wendung und Extraktion, die 3. mit Perforation des nachfolgenden Kopfes. Hebotomie bei nahezu vollkommen erweitertem Muttermund. Wendung und Extraktion. Heftpflasterverband. Leichte Störung des Wochenbettes durch Lochiometra. Gewicht des Kindes 3,850 kg.

Verf. erinnert, daß schon Petrus Camper im Jahre 1769 die experimentelle Durchschneidung des Beckens ausführte an Leichen und Tieren.

Werkman (Leiden).

34) **C. B. Reed** (Chicago). Die Indikationen zur Zangenextraktion im County Hospital-Chicago.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1906. Nr. 1.)

Seit einem Jahre hat das Department of obstetrics des Hospitals einen neuen Stab von Ärzten erhalten. Dem vorigen ist der Vorwurf gemacht worden, in der Indikationsstellung zur Zangenextraktion zu lax verfahren zu sein. Verf. hat das geprüft. In dem Zeitraum von 1897 bis zum 20. November 1905 wurden von 3224 überhaupt entbundenen Frauen 186 oder 5,7% mit der Zange entbunden. 151 = 81% Primiparae; 29 = 15,6% Multiparae; 6 ohne Angabe der Geburtenzahl. 25 hohe, 37 mittlere, 111 tiefe Zangen, unbestimmt 13. 11 Mütter = 0,6% starben, und 14 wurden wegen Sepsis oder chirurgischen Komplikationen in die chirurgische Abteilung transferiert. 33 Kinder = 17% starben.

111 Verletzungen der Vagina, des Perineums und des Rektums = 60% kamen vor, bei 66% Primiparae und 34,5% Multiparae; 3 komplette Zerreißungen; bei 56 keinerlei Verletzungen. Im Vergleich zu den Kliniken von Jena, Bonn, Basel (Fehling), Tübingen, Dresden, München, Wien (Chrobak) ist die Prozentzahl der Zangengeburt mit der Ausnahme von Jena (11,6%) höher und 2mal so hoch wie die niedrigste Zahl der genannten Kliniken, Wien (2,64%).

In Besprechung der verschiedenen bestimmend gewesenen Indikationen kommt Verf. zu dem Resultat, daß die Indikationsstellung bis dahin an dem Hospital eine nicht genügend sorgfältige gewesen sei.

Statt Wehenschwäche im allgemeinen als Kontraindikation anzusehen, gab sie 60mal die Indikation zur Zangenextraktion ab. Verf. empfiehlt in einem Falle, wo man Wehenschwäche befürchten müsse, mach Edgar's Rat 3 oder 4 Wochen vor der zu erwartenden Entbindung täglich 3mal Ergotin in Lösung zu geben. In Fällen, wo Angst und Aufregung der Mütter als Ursache der Wehenschwäche angesehen werden müsse, rät er zur Anwendung von Sedativen, speziell Chloral und gegen Ende der Geburt Chloroform. Bei sehr schmerzhaften, aber wirkungslosen Wehen subkutan $1/4$ grain und $1/150$ grain Morphium oder 30—60 grain Chloralhydrat in Milch per clysma.

Die Erschöpfung der Mutter als Indikation nennt er eine sehr elastische und in sehr vielen Fällen für unberechtigt.

Sehr energisch wendet er sich gegen die häufige Ausführung der »Schulzange« — er gebraucht den deutschen Ausdruck — warum? — Es sei besser, die Studenten am Phantom auszubilden, als sie auf Kosten der gebärenden Frauen zu unterrichten. »Nur in der Hand des erfahrenun Geburtshelfers ist die Zange ein harmloses Instrument.« Im allgemeinen soll nur Gefahr für Mutter oder Kind eine Indikation für die Zange abgeben. **Eversmann** (London).

35) **Dührssen** (Berlin). Zur Frage der geburtshilflichen Erweiterung der Cervix.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1906. II. Nr. 3.)

Protest gegen die in derselben Zeitschrift (Nov. 1905, Vol. I, Nr. 5) erschienene Arbeit von Knapp. Verf. wendet sich gegen die »optimistische« Auffassung Knapp's, daß der Kieler Kongreß 1905 der Bossi'schen Methode die Anerkennung der deutschen Geburtshelfer eingebracht habe. Er widerlegt diese Auffassung und setzt sich dabei mit Olshausen und Leopold auseinander.

Der Hauptteil der Arbeit aber besteht in einer Polemik gegen Knapp, der in der genannten Arbeit versucht hat, die D.'schen Inzisionen, den vaginalen Kaiserschnitt und die Uterustamponade zugunsten der Bossi'schen Methode zu diskreditieren und dabei auch die D.'sche Priorität bezüglich der verschiedenen Methoden angezweifelt hat. Nach eingehender Besprechung der bekannten Gefahren der Bossi'schen Methode schließt er mit einer ernsten Warnung vor derselben.

Nach einer vielleicht sonst noch nicht bekannt gemachten Statistik hatte der vaginale Kaiserschnitt bei 270 bis November 1905 D. bekannt gewordenen Fällen eine Mortalität von 13,3%. Unter diesen waren 50, bei denen nach dem Kaiserschnitt die Uterusexstirpation angeschlossen wurde mit 10% Mortalität.

Eversmann (London).

36) **M. Hirsch** (Berlin). Zur Verhütung der puerperalen Wundinfektion.

(Med. Klinik 1906. Nr. 25 u. 26.)

H. bringt eine statistische Übersicht über das geburtshilfliche Material seiner Praxis nach dem Gesichtspunkt der puerperalen Infektion. 93,2% seiner Fälle sind operative. Zuerst bringt H. die Berechnung des Prozentsatzes der Infektionen. Als infiziert registriert er alle Fälle, in denen einmal eine Temperatur von 38,5° und darüber gemessen wird, unter Abrechnung aller Fälle, die schon bei der Übernahme fieberten. Die Morbidität beträgt 9,1% bei den Geburten, 4,2% bei den Aborten; Mortalität der Infizierten = 0%. Die Durchschnittszahl klinischer Statistiken wurde damit nicht einmal erreicht. Im zweiten Teile seiner Arbeit erörtert H. die prophylaktischen Vorkehrungen, zuerst die subjektive Asepsis. Handschuhe will er nur gebraucht wissen, wenn kurz vorher eine Berührung mit infektiösen Stoffen stattgefunden hat. Mit Recht betont Verf., daß am meisten die objektive Asepsis es ist, die vernachlässigt wird, und mit deren Wahrung in der Geburtshilfe es noch sehr im argen liegt. Vor allem die Herrichtung des Operations- und Wochenbettzimmers, die Umgebung der Kreißenden (Bett, Unter-

lagen, Wäsche, Lüftung, Beleuchtung usw.), die Desinfektion der Wöchnerin sowohl wie die des Instrumentariums sind weit entfernt, den Anforderungen zu genügen, die jeder chirurgisch geschulte Arzt an eine aseptische Operation zu stellen gewohnt ist. Eine Desinfektion der Scheide nimmt H. nur vor, wenn eine Infektion im klinischen Sinne bereits vorliegt oder nach Lage der Dinge erwartet werden kann. Diese Desinfektion kann keine radikale sein, sondern sich nur darauf beschränken, die Menge und die Virulenz der Infektionserreger zu vermindern. Der Wert der antiseptischen Mittel darf gerade in der geburtshilflichen Hauspraxis nicht zu sehr überschätzt werden. Man verfahre aseptisch! Die Prophylaxe der puerperalen Infektion muß auch nach beendeter Operation beobachtet werden. (Ref. vermißt einen Hinweis auf die überaus wichtige, leider viel zuwenig beachtete Prophylaxe »während« des operativen Eingriffes, Abspülen des Dammes und Wegwischen des vortretenden Kotes usw. während die Zange, die Wendung usw. gemacht werden.) **Zurhelle** (Bonn).

37) **R. Krauss** (Kennenburg). Die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens mit Rücksicht auf Geisteskrankheit der Mutter.

(Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zwanglose Abhandlungen. Bd. III. Hft. 6 u. 7.)

Die Einleitung des künstlichen Abortes als therapeutische Maßregel ist in allen schwierigen Fällen von unstillbarem Erbrechen, in sehr seltenen Fällen von Hysterie, in den Fällen von Epilepsie, die zur Verblödung zu führen drohen, sowie ferner bei Chorea angezeigt, wenn die Krankheit trotz angewandter Mittel stärkere Grade erreicht, besonders wenn sie vergesellschaftet ist mit weiteren krankhaften Zuständen schwerer Form (Melancholie, Manie, Delirien!). In jedem einzelnen Falle muß aber ganz besonders sorgfältig individualisiert werden. — Bei den Geisteskrankheiten im eigentlichen Sinne kommt die Unterbrechung der Schwangerschaft in Betracht in solchen Fällen von Melancholie, in denen die Unterbringung in eine Anstalt wirkungslos gewesen ist. Dagegen ist sie nicht angängig mit Rücksicht auf eine event. hereditäre Belastung des Kindes, da die Gesetze der Vererbung einer bestimmten Eigenschaft noch zu unsicher sind.

Michel (Koblenz).

38) **J. Paul Petrini.** Betrachtungen über die arterielle Spannung in der Geburtshilfe.

Inaug.-Diss. Bukarest, 1905.

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: Am Ende der Schwangerschaft ist die arterielle Spannung normal, d. h. sie schwankt zwischen 15—17 cm Hg. Während der Geburt nimmt die Spannung stetig zu und erreicht ihr Maximum im Momente der Ausstoßung der Frucht. Je kräftiger die Zusammenziehungen der Gebärmutter im Laufe der Geburt sind, desto höher ist auch die Spannung, hingegen sinkt dieselbe selbst auf subnormale Höhe, falls es sich um schwache Kontraktionen oder sogar um uterine Inertie handelt. Nach der Ausstoßung des Kindes sinkt die Spannung auf 14—12 cm Hg, steigt dann wieder nach einigen Stunden, um im Laufe der folgenden 7—9 Tage allmählich auf die normale Höhe zurückzukehren. In allen Fällen von Schwangerschaftsalbuminurie besteht Hypertension, welche parallel mit dem Verschwinden des Eiweißes abfällt.

E. Toff (Braila).

Verschiedenes.

39) **Rouffart.** Gangränöser Uteruspolyp in der Vagina. Extraktion mit der Zange.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1905. Nr. 7.)

15jährige Ipara. Seit 2 Jahren 3—4 Tage anteponierende, profuse, stückige Menstruation. Seit 1 Jahr Unterleibsbeschwerden, seit 6 Monaten alle 20 Minuten

Urindrang, seit 1/4 Jahr Schmerzen in der rechten Seite. Seit 14 Tagen übelriechender Ausfluß und heftige wehenartige Schmerzen. Die ganze Scheide durch einen kindskopfgroßen, gangränösen Tumor ausgefüllt. Extration mit einer Zange. Bei der Durchtrennung des Stieles zeigte sich, daß der Uterus invertiert, verletzt und das Peritoneum eröffnet war. Jodoformgazetamponade. Genesung.

Während R. die Extraktion des Tumors mit der Zange in solchen Fällen vorzieht, nachdem ihm das Morcellement einmal große Schwierigkeiten bereitet hat, empfehlen Desguin, van Hassel und Lambotte das letztere auf Grund günstiger Erfahrungen. **Graefe** (Halle a. S.).

40) **Hinterstoisser** (Teschen). Zur Therapie der angeborenen Blasenspalte.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 1.)

Bei einem 5jährigen Knaben mit vollständiger Blasenektopie hat H. eine zum Teil schon von Borelius angegebene Abänderung des Maydl'schen Verfahrens mit gutem Erfolg ausgeführt. Das Prinzip besteht darin, die Flexur vorzuziehen, ihre Schlingenschenkel durch eine fortlaufende Naht zu verbinden und zwischen derselben eine breite Enteroanastomose anzulegen. In die Kuppe der Sigmoideumschlinge wird nun der Blasenrest mit den Ureterenmündungen verpflanzt. Man hat dann ein geräumiges Rezeptaculum urinae, und die Anastomose verhindert das Vorbeistreichen der Fäces an den Ureterenmündungen. Bedingung für die Modifikation ist eine lange Flexur mit langem Gekröse. **Keitler** (Wien).

41) **E. v. Braun-Fernwald** (Wien). Ein seltener Fall von Uterustuberkulose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 1.)

Bei einer 35jährigen, die 9 Jahre steril verheiratet war, im Jahre 1898 nach 2monatiger Amenorrhöe nur stärkere Blutung gehabt hatte, und seither an Unregelmäßigkeit der Menses, Mattigkeit, Kreuzschmerzen und 2wöchentlicher, mehrere Tage anhaltenden Blutungen litt, wurde die Curettage ausgeführt. Der Tastbefund ergab keinerlei pathologische Veränderung. Histologische Untersuchung des Geschabsels: Tuberkulose.

3 Monate später stellte sich die Kranke gesund vor, hat um 3 kg zugenommen.

v. B.-F. faßt den Fall als solitäre Uterustuberkulose auf und rät, in solchen Fällen zunächst ein exspektatives Verfahren einzuschlagen. Die konservative Therapie sei zweifellos die zweckmäßigste und schonendste. **Keitler** (Wien).

42) **R. Fürth** (Derveut). Die Sterilisation der Laminaria und ihre praktische Bedeutung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 20.)

F. empfiehlt, die Laminariastifte eine Stunde in dekalziniertem Wasser zu kochen, eine halbe Stunde in absoluten Alkohol zu legen, der wiederholt gewechselt wird, ferner, nachdem sie in ihrer ganzen Länge mit einer Pinzette zusammengedrückt worden sind, sie im Trockenschranke durch 10 Minuten auf 160—170° zu erhitzen.

Für den praktischen Arzt müßten solche Stifte in aseptischen Verschlüssen, z. B. in zugeschmolzenen Glasröhrchen, geliefert werden. **Keitler** (Wien).

43) **Mendel** (Stolberg). Haematometra in cornu rudimentario uteri bicornis.

Leipzig, **Benno Konegen**, 1905.

Den Hauptinhalt des Buches bildet eine ausführliche und sorgfältige Zusammenstellung der in der Literatur veröffentlichten (41) Fälle von Hämatometra im rudimentären atretischen Nebenhorn. Diesen fügt Verf. einen weiteren aus der Zweifel'schen Klinik bei.

Es handelt sich um eine junge Frau, die stets regelmäßig menstruiert und vor 3 Monaten ihr erstes Kind geboren hat. Seit der ersten Periode nach der Ent-

bindung traten heftige Schmerzen in der einen Bauchseite auf. Die Untersuchung ließ einen rechtseitigen Ovarialtumor vermuten. Bei der vorgenommenen Laparotomie fand sich ein teilweise an dem nur hühnereigroßen Uterus inserierender apfelgroßer Tumor, von dem das Lig. teres, Tube und Lig. ovarii propr. ausgehen. Im Tumor fand sich bei der Punktion altes Blut. Ausgekleidet ist seine Innenfläche mit normaler Schleimhaut. Eine Verbindung mit dem Lumen des Uterus besteht nicht.

Verf. empfiehlt unter allen Umständen eine operative Therapie, und zwar die Laparotomie. **Michel** (Koblenz).

44) **A. Baumgarten** und **H. Popper** (Wien). Über die Ausscheidung von Azetonkörpern bei Erkrankungen des weiblichen Genitales.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 12.)

Unter 100 Fällen von gynäkologischen Erkrankungen verschiedenster Art konnte Azeton mittels der Legal'schen Probe nicht oder nur in Spuren nachgewiesen werden. Dagegen fand sich bei sämtlichen während der Zeit der Untersuchungen beobachteten Fällen von Extra-uterin-Graviditäten mit Blutungen in die Bauchhöhle beträchtliche Vermehrung, der Azetonkörper; bei einigen Fällen, wo die Anamnese, sowie der klinische Befund für eine Hämatokele sprechen, sprach das konstante Fehlen von Azeton und Azetessigsäure gegen das Bestehen einer solchen, was durch die Operation bestätigt wurde. Es dürfte also in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen der Befund von Azeton für die Diagnose Extra-uterin-Gravidität wichtig sein. **Keitler** (Wien).

45) **B. Müller** (Hamburg). Ein Beitrag zur Ätiologie der Endometritis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 18.)

Durch Übernahme einer Krankenkasse, welcher sämtliche im staatlichen Haushalte Hamburgs angestellte Scheuer- und Waschfrauen beitreten mußten, kam M. mit einem Male in die Gelegenheit, eine überraschend große Anzahl von schwersten Endometritiden zu beobachten. Die Kranken hatten vorher keiner Kasse angehört und waren unbehandelt. M. erörtert die Symptome sowie Ätiologie der Endometritis in diesen Fällen (Gonorrhöe und Geburten bzw. Abortus) in ihren Beziehungen mit dem Berufe und den privaten Lebensbedingungen dieser Klasse von Frauen. Als Therapie mußte in einzelnen Fällen sogar Totalexstirpation angewendet werden, in den meisten Fällen ein operativer Eingriff; auch allgemeine Kräftigung ist von größter Wichtigkeit. Die Details wollen im Originale, das die Bezeichnung »Eine sozialärztliche Studie« trägt, nachgelesen werden.

Keitler (Wien).

46) **Häberlin** (Zürich). Beitrag zur konservativen Operationsmethode bei Gebärmuttermyomen.

(Med. Klinik 1906. Nr. 1—3.)

H. berichtet über zwölf konservative Operationen bei Uterusmyomen und kommt auf Grund seiner dabei erzielten günstigen Resultate zu folgendem Schluß:

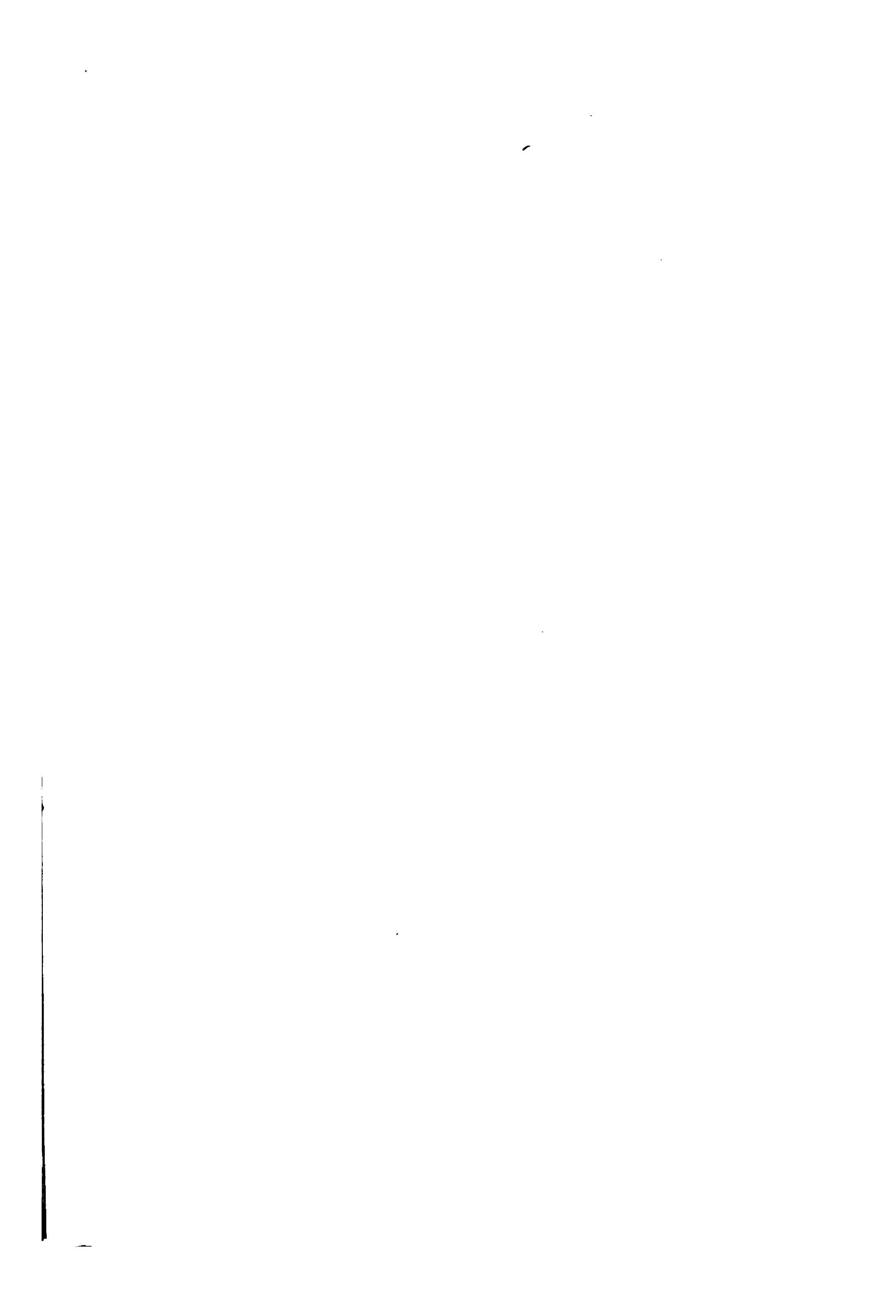
1) die frühzeitige Enukleation kleiner, wenn auch zahlreicher Myome kann punkto Sicherheit und Erfolg anempfohlen werden in Fällen, wo noch keine wirkliche Gefahr von seiten der Erkrankung droht, denn die frühzeitige Operation ist nicht gefährlicher als die Krankheit und viel ungefährlicher als der spätere Eingriff bei veralteten Fällen;

2) die frühzeitige Enukleation erhält bei jungen Frauen nicht nur die Konzeptionsfähigkeit, sondern kann dieselbe sogar verbessern. **Zurhelle** (Bonn).

Originalmitteilungen, Monographien, Sonderdrucke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

[illegible]








U.HOLZER



